

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM

Természettudományi Kar

Földtudományok Doktori Iskola

PhD értekezés

Antal Géza

Pécs, 2006

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM

Természettudományi Kar

Földtudományok Doktori Iskola

Betegjogok Magyarországon földrajzi, jogi és etikai megközelítésben

PhD értekezés

Antal Géza

Témavezető:
Prof. Dr. Tóth József DSc.
Rector emeritus

PÉCS, 2006



Esély

Gombos Gáspár grafikája, 2002/4. szám

„Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapján minden betegnek joga van – jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátáshoz.,,

(1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről)

5.3. Az emberi méltósághoz való jog	41
5.4. Tájékoztatáshoz való jog	43
5.5. Önmeghatározáshoz való jog	48
5.6. Kapcsolattartás joga	49
5.7. Az intézmény elhagyásának joga	51
5.8. Az orvosi titoktartáshoz való jog	53
5.9. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga	53
5.10. Az orvosi kezeléssel, ellátással kapcsolatos panasz kivizsgálásának joga	54
5.11. A betegek kötelezettségei	55
5.12. Az egészségügyi személyzet jogai és kötelezettségei	55
5.13. Civil szervezetek feladatai a betegjogok érvényesítésében	58
5.14. Bizetilon átvételek a betegjog szolgáltatásban	58
6. Betegjogok érvényesítése Magyarországon	61
6.1. A betegjogok érvényesítésének lehetőségei	64
6.2. Akadályok a betegjogok érvényesítésében	67
6.3. A betegjogi képviselői rendszer területi képe és működésének jellemzői	68
6.4. „Működésük” Magyarországon	77

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	2
1. Bevezetés	4
2. Célkitűzések	5
3. Irodalmi összefoglalás	9
3.1. Jogtörténet, jogfejlődés.....	10
4. Az egészségföldrajz néhány kérdése	14
4.1. Egészségföldrajzi kutatások Magyarországon.....	15
4.1.1. Az egészségföldrajz fogalma.....	15
4.1.2. Az Egészségföldrajz fő feladatai, a betegjogok kutatásának helye az egészségföldrajzban.....	22
4.2. Az egészségföldrajz főbb képviselői.....	26
5. Betegjogok törvényi szabályozásának kérdései.....	38
5.1. A betegjogi alapelvek és azok megjelenése a jogi szabályozásban	38
5.2. Az egészségügyi ellátáshoz való jog	41
5.3. Az emberi méltósághoz való jog	43
5.4. Tájékoztatáshoz való jog	45
5.5. Önrendelkezéshez való jog.....	48
5.6. Kapcsolattartás joga.....	49
5.7. Az intézmény elhagyásának joga	51
5.8. Az orvosi titoktartáshoz való jog.....	53
5.9. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga.....	53
5.10. Az orvosi kezeléssel, ellátással kapcsolatos panasz kivizsgálásának joga.....	54
5.11. A betegek kötelezettségei	55
5.12. Az egészségügyi személyzet jogai és kötelezettségei	55
5.13. Civil szervezetek feladatai a betegjogok érvényesítése során	58
5.14. Bioetikai törekvések a betegjog szolgálatában.....	58
6. Betegjogok érvényesülése Magyarországon	61
6.1. A betegjogok érvényesítésének lehetőségei	64
6.2. Akadályok a betegjogok érvényesítésében.....	67
6.3. A betegjogi képviseleti rendszer területi képe és működésének jellemzői	68
6.4. „Műhibaperek” Magyarországon	77

7. Esettanulmány: a betegjogok érvényesülése a Közép-Dunántúli régióban.....	86
7.1. A Közép-Dunántúli Régió egészségügyi helyzetének elemzése.....	86
7.1.1. A Közép-Dunántúli Régió lakossága egészségi állapotának bemutatása.....	87
7.1.2. Az egészségügyi ellátórendszer helyzete	102
7.2. A betegjogok helyzete a Közép-Dunántúli régióban.....	126
7.3. Kérdőíves felmérés a betegjogok helyzetéről.....	130
7.4. A betegjogi megkeresések elemzése	134
8. Az eredmények összefoglalása és a kutatás további irányai	137
9. Köszönetnyilvánítás	145
10. Irodalomjegyzék	146
11. Mellékletek	156
I. számú melléklet.....	156
II. számú melléklet	160
III. számú melléklet	182
IV. számú melléklet.....	186
V. számú melléklet	177

Diszertációmban a betegjogok, mint az egészségügyre egy speciális problémakörre magyarországi helyzetű kíváncsi komplex megközelítésben – filozófiai, jogi, szociológiai, etikai és közgazdasági aspektusokból – áttekintést és értékelést kívánok megfogalmazni. Szükséges az egészségügyre, mint intézményrendszer működésének, szervezeti és humán körkörülményeinek és fejlődésének bemutatása. Ugyanakkor szükségesnek látom a betegjog, mint fogalom meghatározását, jogi és nem jogi megközelítés, történelmi szabályozás háttérének felvázolását. Ezt követően kerülhet csak sor a betegjogok filozófiai aspektusokból történő vizsgálására. Ahhoz azonban, hogy az egészségügyről való áttekintés diszertációként értékelhető legyen, az egészségügyi ellátás területén működő jogszabályok, joggyakorlatok meg kell, hogy legyenek az államról, az állami szektorról, az állami egészségügyi ellátásról, a betegjogokról nem megfogalmazott kérdésekről felmerülő. E tekintetben egyik lehetséges megoldás a fogyasztói állampolgár szerepének növelése, ami művel a betegjogok érvényesülését is különösképpen – orvos-beteg – viszonyrendszerben merülnek fel, meg kell látni az egészségügyi szabályozás, valamint a joggyakorlat. A betegjogok érvényesülését hozzájárul a szolgáltatások minőségének javulásához, emellett az egészségügyi szektorban élve a területi különbségek csökkentését segíti elő.

Fentiek elismertetése mellett dolgozatom célja az is, hogy szolgálja az oktatást a betegjogok témájában kultúra megismerését ismét szükségesnek, ami nem felel meg a jelenlegi helyzetnek, hanem egy új dimenzióra megismerést, elgondolkodást és alkalmat ad a nemzetközi gyakorlatok során.

1. Bevezetés

Az egészségügyi munkával, feladatokkal 1969-ben ismerkedtem meg; ettől kezdődően – kisebb pályamódosulásokkal – az egészségügyi szolgáltatás közelében dolgozom, jelenleg mint betegjogi képviselő. Tanulmányaim és munkám során egyre jobban tudatosodott bennem az a tény, hogy mennyire fontos a humán értékekkel való szembesülés, az emberekkel való törődés, az együttműködés, a kiszolgáltatott helyzetben történő segítségnyújtás.

Az egészséggel kapcsolatos kérdések napjainkban kiegészülnek egy újabb kialakulóban, fejlődésben lévő tudományterülettel, a betegjogokkal. A betegjogok érvényesülése vizsgálata során lehetőség nyílik, hogy választ kapjunk arra a kérdésre, hogyan oszlanak el az egészségügyi jelenségek a térben, és milyen betegjogi vonatkozású problémákat jelentenek a népesség számára.

Disszertációmban a betegjogok, mint az egészségföldrajz egy speciális problémaköre magyarországi helyzetét kívánom komplex megközelítésben – földrajzi, jogi, szociológiai, etika és közgazdasági aspektusból – elemezni és értékelni. Ehhez elengedhetetlenül szükséges az egészségföldrajz, mint tudományterület definiálása, nemzetközi és hazai kialakulásának és fejlődésének ismertetése. Ugyancsak szükségszerű a betegjog, mint fogalom meghatározása, jogi úton való megközelítése, törvényi szabályozása háttérének felvázolása. Ezt követően kerülhet csak sor a betegjogok földrajzi aspektusból történő vizsgálatára. Ahhoz azonban, hogy az esélyegyenlőség terén kialakult diszparitások értelmezhetők legyenek, az egészségügyi ellátás területi különbségeinek vizsgálata sem kerülhető meg, hisz az eltérések részben az ellátási rendszer területi egyenlőtlenségéből, helyenként nem megfelelő működéséből fakadnak. E működés egyik lehetséges kontrollja a fogyasztók ellenőrző szerepének növelése, ám mivel a fogyasztóvédelem szempontjai itt különleges – orvos-beteg – viszonyrendszerben merülnek fel, rendkívül fontos az aprólékos szabályozás, valamint a jogvédelem. A betegjogok érvényesülése hozzájárul a szolgáltatások minőségi javulásához, ezáltal az esélyegyenlőség növekedését, illetve a területi különbségek csökkenését segíti elő.

Fentiek elemzése mellett dolgozatom célja az is, hogy szolgálja az oktatást; a betegjog másfajta kultúra megismerését teszi szükségessé, ami nem feltétlenül gazdasági kérdést jelent, hanem egy új diszciplína megismerését, elsajátítását és alkalmazását a mindennapi életünk során.

2. Célkitűzések

A XXI. század hajnalának Magyarországot számos törésvonal szabdalja, amelyek különböző horizontális és vertikális dimenziókban darabolják fel a társadalmat. Számos tudományág igyekszik ezeket számba venni, de a horizontális, másként területi különbségek vizsgálatában mindenképpen a geográfiaé a primátus.

Anélkül, hogy a különbségeket túlzó módon leegyszerűsíteni szándékoznánk, ki lehet emelni azokat, amelyek – szűkítve kutakodásunkat immár a geográfiai jellegű problémák felé – az egyes térségekben élő emberek életminőségének különbségében jelentkezők.

Természetesen túl azon az évszázadon, amely tanúja volt az egalitárius eszmék látványos, és sajnos véres kísérleteinek és bukásainak, nem hirdetjük a különbséges teljes felszámolásának szükségességét. A modern állam azonban célként tűzi ki maga elé az esélyek lehető legnagyobb mértékű kiegyenlítését, létének egyik legfontosabb oka és értelme pedig a változó mértékű újraelosztáson keresztül való beavatkozás, a különbségek csökkentése, egy szolidárisabb társadalom megteremtése – nagyjából ez az, amit az európai felfogás elvár a közhatalomtól.

Az esélyteremtő állam természetesen számos dimenzióba fejtheti ki tevékenységét, utalhatnánk itt a nyelvi kulturális örökség ápolására, az oktatásra, vagy számos más területre. Megítélésünk szerint ugyanakkor nehezen vitatható még a kívülálló számára is, hogy mindezen területek közül kiemelkedik az egészségügy, ahol az ember számára a legalapvetőbb létfeltételek teljesüléséről van szó: életről, és annak legelemibb minőségéről.

Az egészségügyi ellátás rendszere egy nagyon hosszú és gyötrelmes átalakulási periódus áldozata. A szocializmus paternalista viszonyai között a teljes körű állami gondoskodás természetesnek tűnt, még ha esélyegyenlőségről, területi különbségtől mentes ellátásról nyilván ekkor sem lehetett beszélni. Azóta megindult egy igen vontatott átmenet, amelynek végkifejlete ugyan ma még homályba burkolódik, de feltehetően jóval nagyobb szerep jut majd benne az egyén önmagáról való gondoskodásának.

A nagy társadalmi-gazdasági átalakulások szükségképpen differenciáló hatással vannak: a fejlődő piaci viszonyok között még inkább hangsúlyos ez az állítás. Napjaink Magyarországon ez most úgy jelenik meg, mint a népegészségügyi helyzetben bekövetkező igen erőteljes divergálódás, amely egyaránt kihat a lakosság egészségi állapotára, de ezzel nyilván összefüggésben, az egészségügyi ellátás rendszerére is.

Noha az államszocializmus évtizediben a területi ellátás kiépítésére jelentős hangsúly került, még az ideológiailag is támogatott egységesítő folyamat sem jutott/juthatott el odáig, hogy teljesen eliminálja a az életesélyekben egészségügyi értelemben megnyilvánuló különbségeket. Napjainkban pedig az esélyek egyre szorosabb összefüggést mutatnak a jövedelmekkel: a társadalom vertikális értelemben vett kettészakítottsága bonyolult kölcsönhatásokon keresztül, de jelentkezik az életesélyek különbségében is. Ugyan az egészségügyi rendszer távol van attól, hogy a biztosított jövedelméből elvont összeg és az igénybe vehető szolgáltatások között bármiféle elvi vagy gyakorlati kapcsolat legyen, az egyes társadalmi rétegek különbsége mégis kimutatható. Ez persze sokszor teljesen független az ellátórendszertől, környezet-egészségügyi problémák, életvitelbeli különbségek, vagy, ami számunkra fontos, az információkhoz való hozzáférés különbségei egyaránt előkelő helyen sorakoznak az okok között.

Ezen a ponton járulhat hozzá az esélyegyenlőség növeléséhez a betegjogok normatív és intézményi rendszere, amelynek véleményem szerint igen jelentős szerepe lehet az esélyegyenlőség ideájának előmozdításában (ha realisták akarunk lenni, akkor megteremtésről is legfeljebb csak feltételes módon beszélhetnénk). A betegjogi rendszer éppen a kiszolgáltatottság elleni védekezés egyik eszköze, a beteg kiszolgáltatottsága pedig nem független attól, hogy milyen információkkal, eszköz- vagy, valljuk meg, kapcsolatrendszerrel rendelkezik.

Másik oldalról nézve a képlet még egyszerűbb, hiszen ha a teret engedünk az egészségügy piacosításának – és a hosszú távú trendek mindenképpen erre mutatnak, vitatkozni a végcélon, az ütemezésen és a hogyanokon lehet és kell –, akkor itt az elemi fogyasztóvédelmi normák egészségügyre, mint speciális területre történő alkalmazásáról van szó. Ha a beteg egyre inkább fogyasztóvá, ügyféllé válik az egészségügyi szolgáltatások rendszerében, akkor éppen a terület rendkívüli képessége miatt hangsúlyozottan van szükséges normatív garanciákra jogainak érvényesítésében.

Vannak-e a kérdésnek területi dimenziói? Jogosan merülhet fel ilyen kérdés a földrajz szokásos problémáitól meglehetősen távol eső témaválasztás ismeretében. Az orvosföldrajz/egészségföldrajz kialakulása és elismerése önmagában meglehetősen lassú folyamat volt, ezen belül pedig a betegjogok kérdésköre, ami egyszerre érint jogi és etikai problémákat is, még sokkal összetettebb. Egy országon belül a törvényekbe és rendeletekbe foglalt betegjogi szabályozás természetesen nem mutat, nem mutathat területi különbségeket egy ilyen, a magyarhoz hasonlóan erősen centralizált államberendezkedés esetén.

A területi dimenziók azonban megjelennek az intézményrendszerben, annak szervezetében, működésében és hatékonyságban, illetve a szolgáltatásokat igénybe vevő ügyfelek dimenziójában is.

Értekezésem alapvető célja, hogy bemutassam a betegek jogait, megvizsgáljam, Magyarország betegjogi rendszerét, mindkét oldalról, vagyis a szabályozás, illetve annak érvényesülése oldaláról.

Az általános célkitűzések elérését az alábbi részcélok megvalósításán keresztül kívánom elérni:

- A betegjogok földrajzi elemzésének tágabb kontextusának, azaz az *egészségföldrajz társadalomföldrajzi kutatásokban betöltött helyének meghatározása*, a vonatkozó szakirodalom feldolgozásával.
- A *betegjogok jogfejlődésén keresztül történő elemzése, a jelenlegi normatív szabályozás vizsgálata*. Az egészségügyi ellátórendszer és a betegjogok kapcsolatának értékelése és elemzése a törvényi szabályozás és a napi működés fényében.
- A *betegjogi képviseleti rendszer területi kiépülésének és működésének bemutatása*, saját gyűjtésű adatok, másodelemzések illetve interjúk segítségével.
- A *betegjogok gyakorlati érvényesülésének vizsgálata* esettanulmányon keresztül, empirikus kutatással (kérdőívezéssel) statisztikai adat- és dokumentumelemzéssel alátámasztva, a Közép-Dunántúli régió példáján.

Az elemzés területi kereteit egyrészt természetesen Magyarországot egésze jelenti, a vizsgált téma jogi vonatkozásainak országosan egységes érvényesülése miatt a legtöbb kérdés ezen a szinten fogalmazódik meg.

A betegjogi rendszer kiépüléséről és működéséről rendelkezésre álló, egyébként minden erőfeszítés dacára viszonylag hiányos adatok alapvetően megyei bontásban történő elemzéseket tesznek lehetővé. Sajnálatos módon nincs lehetőség az egyes egészségügyi intézmények szintjéig lebontott vizsgálatok végzésére, amelyek, bár kétség kívül igen izgalmas lehetőségeket kínálnának, nagyon erőteljesen vetnék fel a személyes jellegű, vagy éppen egyéb okokból bizalmasnak minősülő adatok védelmének kérdését.

Az esettanulmány regionális szintet vizsgál, amelynek, noha elméleti megalapozottsága is lehetne, elsősorban gyakorlati jelentősége van.

3. Irodalmi összefoglaló

A régió, a maga geográfiai jelentésében ugyan a földrajzi tér spontán szerveződés révén kialakult szerves egysége (Tóth J. 2004), ez azonban a magyarországi, tervezési-statisztikai célú régiókra nem igaz, és ennek a meghatározásnak talán éppen az esettanulmányban vizsgált Közép-Dunántúli régió felel meg legkevésbé.

A gyakorlati jelentőséget viszont az jelenti, hogy az egészségügy reformjának, az egészségfejlesztésnek a tere a régió, a 2007-2013 között megnyíló strukturális források révén ezen a szinten van leginkább esély az érdemi előrelépésre.

Az egészségügyi szolgáltatások, egészségügyi és fogyasztóvédelmi szakemberek, a nemzeti és nemzetközi szervezetek, az állami szféra és a civil szervezetek közös feladata, hogy gondoskodjanak a szabályozások, jogok és kötelezettségek szorosan körbe meghatározásáról, stratégiákat dolgozzanak ki a betegjogok eredményesebb érvényesítés érdekében. Nagy hangsúlyt kell fektetni a betegjogok oktatására és a megfelelő szakemberképzésre is.

Az Európa Tanács lehetne az a szerv, amely az Egészségügyi Világszervezettel (World Health Organization) karöltve a tagállamok közötti információcseréket előmozdítaná, egy betegjogiakkal kapcsolatos információk hálóját létrehozva és szervezettel egyetemes szerveket segítené a tagállamok egészségügyi rendszerének közös együttműködésében.

A különböző betegszervezetek európai szintű támogatása, szervezeti segítség annak érdekében is, hogy kiemelkedéseik tapasztalataikat, és sikereiket tudják együttműködni egymással. A tapasztalatcserre és a haladó eljárások átvétele nagyon segítené az országok betegjogi helyzetének fejlődését. Az európai országok közül különösen Hollandia szolgálhatna kiváló példaként, ahol több mint 300 beteg vagy fogyasztóvédelmi szervezet működik, amelyek állami támogatásban is részesülnek és fő feladatuk képviselni és érvényesíteni a beteg jogait. Az országban minden egészségügyi tárgyú törvény, jogszabályt 3-5 évente külföldi taglós értekezletet tartanak, az értekezlet független kutató intézetek végzik, és annak egyik eredménye a parlament előtti kerül.

3. Irodalmi összefoglalás

A betegjog, ez a viszonylag újszerűnek mondható jogintézmény megszilárdult ugyan Európában, az egyes országokban megtörtént e jogok törvénybe iktatása, a jogszabályok hatékonysága azonban leginkább attól függ, hogyan lehet eredményesen alkalmazni és érvényesíteni azokat a mindennapi gyakorlatban, illetve, hogy az állampolgárok mennyire ismerik ezeket a szabályokat, előírásokat.

A jövőre nézve az egyik legfontosabb lépés nyilvánvalóan a szabályozások hatékonyabb gyakorlati érvényesítésének megoldása. Még a fejlettebb egészségügyi rendszerrel rendelkező európai országokra is jellemző, hogy az állampolgárok csak részben vannak tisztában az egészségügyi ellátás kapcsán őket megillető jogaikkal, illetve kötelezettségeikkel.

Az egészségügyi szolgáltatók, egészségügyi és fogyasztóvédelmi szakemberek, a nemzeti és nemzetközi szervezetek, az állami szféra és a civil organizációk közös feladata, hogy gondoskodjanak a szabályozások, jogok és kötelezettségek széles körű megismertetéséről, stratégiákat dolgozzanak ki a betegjogok eredményesebb érvényesülése érdekében. Nagy hangsúlyt kell fektetni a betegjogok oktatására és a megfelelő szakemberképzésre is.

Az Európa Tanács lehetne az a szerv, amely az Egészségügyi Világszervezettel (World Health Organization) karöltve a tagállamok közötti információáramlást előmozdíthatná, egy betegjogokkal kapcsolatos információs hálózat létesítésével és egyszersmind egységes szervként segíthetné a tagállamok egészségügyi rendszerei közötti együttműködést.

A különböző betegszervezetek európai szintű támogatása, szervezése szükséges annak érdekében is, hogy kicserélhessék tapasztalataikat, és sikeresebben tudjanak együttműködni egymással. A tapasztalatcsere és a haladó eljárások átvétele nagyban segítené az országok betegjogi helyzetének fejlődését. Az európai országok közül különösen Hollandia szolgálhatna követendő példaként, ahol több mint 300 beteg vagy fogyasztóvédelmi szervezet működik, amelyek állami támogatásban is részesülnek és fő feladatuk képviselni és érvényesíteni a betegek jogait. Az országban minden egészségügyi tárgyú törvényt, jogszabályt 3–5 évente felülvizsgáló értékelésnek vetnek alá; az értékelést független kutató intézetek végzik, és munkájuk eredménye a parlament elé kerül.

Ha európai betegjogokról van szó, a skandináv országok vezető szerepét nem lehet figyelmen kívül hagyni, Finnország, Dánia, Norvégia, Svédország és Izland is haladó betegjogi törvénnyel rendelkezik. Észak-Európa ezen része tekinthető a betegjogi ombudsman intézmény bölcsőjének, a skandináv modell több európai ország számára szolgált mintául. A térség országai jelentős nemzetközi konferenciáknak is helyet adtak, az Egészségügyi Világszervezet, a Nordic Council of Ministers, a Nordic School of Public Health és a World Medical Association is szervezett jelentős betegjogi kongresszust Helsinkiben, Göteborgban, illetve Koppenhágában az 1990-es évek végén.

3.1. Jogtörténet, jogfejlődés

A jogtörténeti visszatekintés kapcsán feltétlenül említést kell tenni a több évszázad alatt kialakult *római* jogról, amely a Kr. e. II. századtól kezdve egyre kiforrottabbá vált, és az addig érvényes szokásjog írásba foglalásával (XII. táblás törvény), illetve a Kr. e. 130 körül revideált és rendszerbe foglalt ún. praetori edictumok, az Edictum Hadrianum (BRÓSZ – PÓLAI. 1974) megalkotásával nagy hatást gyakorolt az ókori társadalom és jogfejlődésére.

Jóllehet a római jog sok tekintetben időtállót alkotott, ez nem mondható el az emberi jogok fejlődése kapcsán. A római jog a rabszolgatartó állam társadalmi viszonyaira épült, a különböző jogok gyakorlása csak egy szűk réteg kiváltsága volt. A mai értelemben vett emberi jogokról ebben a korban még nem, csak az állampolgári jogok egy sajátos szabályozásáról beszélhetünk.

Az emberi jogok alakulása állandó folyamat, amelynek tartalmát az adott társadalmi viszonyok határozzák meg, és amelyre komoly hatást gyakorol a *nemzetközi jog fejlődése, az emberi jogok nemzetközivé válása*. Az emberi jogok fogalma az emberi sors és az értelem elismerésén alapul...(LUSTIGER, J. M. 1997).

Az állam kialakulásával együtt jelent meg a jog, mint a magatartási szabályok rendszere. A jogszabály mindig valamely élethelyzetben követendő, elvárt magatartást fogalmaz meg, vagy magatartásfajtákat tilt, egyúttal az előírástól eltérő magatartást tanúsító személlyel szemben szankciót helyez kilátásba. A jogszabályban előírt normák követése rendszerint önkéntes, hiszen a jogszabály azzal, hogy meghatározott élethelyzetekre (társadalmi viszonyokra) előírja a követendő magatartást, nevelő hatást fejt ki a társadalom tagjaira.

A jogi szabályozás lényeges eleme és jelentős különbsége az erkölcsi szabályokhoz képest abban rejlik, hogy a jogszabályban előírt magatartás kikényszeríthető az állam erre rendszeresített végrehajtó, büntető intézményei, szervezetei által.

Jogaink emberi természetünkhöz kötődő jogosultságok, amelyek minden körülmények között megilletnek, azaz támogatnak, védenek minket, és mivel sebezhető lények vagyunk, véges élettel, szükségünk is lehet e támogatásra.

Az európai betegjogok kiindulópontja és egyben fejlődésnek legnagyobb lendületet adó dokumentuma az Amszterdami Deklaráció. Az Egészségügyi Világszervezet és a Holland Egészségügyi Minisztérium 1994-ben 36 országból 60 jogi szakértőt hívott meg Amszterdamba. Céljuk az volt, hogy egy olyan dokumentumot alkossanak, amely a betegjogok általános alapelveit tartalmazza. Ezáltal született meg a betegek jogainak európai tervezete. Ez a dokumentum szolgált később modellként az egyes országok betegjogi törvényeinek megszerkesztésénél.

Lars Fallberg, a göteborgi Nordic School of Public Health és az Egészségügyi Világszervezet munkatársa szerint az európai egészségügyi rendszerek egyfajta „jogi forradalmat” éltek meg az elmúlt tíz évben. Az egészségügyi menedzsment egyre inkább eltávolodik a felső szintű döntéshozataltól, a kollektív megoldásoktól és a „társadalom érdekei az egyének előtt” elvtől. Ehelyett a hangsúly a beteg autonómiájának védelmére, a páciensek, állampolgárok döntéshozatali folyamatba való bevonására tevődik át (FALLBERG, L. 2000).

A betegek jogai egyre hangsúlyosabb szerepet kapnak szerte Európában. Megfigyelhető volt ez a 2002 augusztusában a hollandiai Maastricht-ben megrendezett 14. Orvosi Jogi Világkongresszuson (14th World Congress on Medical Law), ahol remek lehetőség adódott az érvényben lévő nemzetközi orvosi-jogi tendenciák és irányvonalak követésére.

A betegjogok fokozódó jelentőségét mutatja a nem kormányzati betegszervezetek egyre elterjedtebb működése is. A különböző civil szervezetek közül kiemelkedő az European Platform for Patients' and Organisations, Science and Industry és a World Medical Association tevékenysége a betegjogok európai fejlődése érdekében. Tapasztalataikkal, írott segédanyagaikkal, szakembereik által átadják ismereteiket, segítséget nyújtva ezzel a gyakorlatban korábban már felmerült és napjainkban is meglévő problémák konzultációjához.

A gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, és egyúttal legtöbb szakember is ezen a véleményen van, hogy a legjobb megoldás, ha a jogalkotók egy specifikus törvénybe illesztik a betegek jogait, amely csak ezekkel a jogokkal foglalkozik, és nem terjed ki egyéb területre.

A jogszabálynak konkrétan meg kell határoznia a betegeket, az egészségügyi dolgozókat és az egészségügyi intézményeket megillető, illetve terhelő jogokat, lehetőségeket, felelősséget és kötelezettségeket.

Magyarországon 1998. július elsejétől törvény rendelkezik arról, hogyan érvényesíthetik az állampolgárok alapvető jogaikat a gyógykezelésük során. Európa demokratikus jogrendű államaiban a betegek jogainak törvénybe foglalása a fent említett egységes elveket követi. Alapvető cél, hogy az egyén gyakorolhassa önrendelkezési jogát a saját testét és egészségét illető döntésekben. Ennek érdekében határozták meg a gyógykezelés során érvényesülő betegjogokat, és tesznek lépéseket azért, hogy a betegek a gyakorlatban is érvényt szerezhessenek e jogaiknak. Magyarország az egészségügyi törvény módosításával jogrendjét a betegjogok területén az egységes európai alapelvekhez igazította, amely alapot ad arra, hogy hazánk a jövőben aktív szerepet vállaljon az európai intézmények betegjogi, bioetikai tárgyú tevékenységében.

A betegek jogainak legfelsőbb szintű szabályozója a Magyar Köztársaság Alkotmányáról alkotott 1949. évi XX. törvény, amely alapvető emberi jogokként szabályozza a betegek jogait. Rangsorban ezt követi a Polgári Törvénykönyvünket tartalmazó 1949. évi IV. törvény, amely szabályozza a személyhez fűződő jogokat. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény pedig nevesíti az egyes betegjogokat. A szakminiszteri rendeletek tovább erősítik az egyes eljárások részletes szabályait.

Szlovénia példáját követve térségünkön belül az elsők között ratifikáltuk az Európa Tanács Bioetikai Konvencióját (2002. évi VI. törvény), miszerint a betegek önálló érdekvédelmi szervezetei, a jogászok és jogvédő szervezetek, valamint a betegjogi képviselők tapasztalatai meghatározó szerepet játszanak a betegjogok érvényesítésében.

A betegek jogainak biztosítására irányuló trend nem csupán az egyén fundamentális, alapvető értékeinek, jogainak fokozottabb figyelembe vételére vezethető vissza, hanem arra is, hogy az egészségügyi szolgáltatók és a betegek kapcsolatában az idők folyamán alapvető változások történtek. A tradicionális orvos-beteg kapcsolat megváltozott, újfajta értelmet kapott. Több erre utaló tény is van:

1. A modern orvoslás, orvostudomány egyre bonyolultabbá válik és gyorsan változik. Az orvosi technológia napról-napra fejlődik, egyre nehezebben követhetően.

2. A betegek és egészségügyi szolgáltatók szerepe és felelőssége fokozatosan változik, amióta nagyszámú orvosi csoportok, egészségügyi stábok kezelik a betegeket, és ezek veszi át egyre jobban a személyes orvos-beteg kapcsolat szerepét.
3. A betegek jóval tájékozottabbá váltak és minőségibb kezelést várnak el, a források azonban korlátozottak, így egyre nagyobb követelés nehezedik az ellátókra. A betegek elvárják, hogy partnerként kezeljék őket, és ez szintén kihívást jelent a hagyományos paternalista, atyáskodó orvos-beteg kapcsolattal szemben.
4. Mindebből kifolyóan új elvek, technikák és technológiák jelennek meg, amelyek nincsenek leszabályozva a korábbi törvényekben, jogszabályokban.

Az orvostudomány területén bekövetkezett robbanásszerű technikai fejlődés, a gyógyításban résztvevők specializálódása azt eredményezte, hogy a beteg az egészségügyi ellátás „nagy fogaskerekében” orvosi esetté vált, elvesztve ezzel önálló személyiségét. Ez a tény, valamint a beteg kiszolgáltatott helyzete, sebezhetősége szükségessé tette, hogy a jogi szabályozás területén kiemelt hangsúlyt kapjon az egyén személyiségének, integritásának védelme (KÓSZEGFALVI E. 2001a).

Napjainkban különösen igaz, hogy nemcsak az ellátókra, hanem a betegjogi képviselői feladatot végzőkre is igen nagy súly nehezedik, ugyanis 2000 júniusa óta az egészségügyi szolgáltatást végző intézményekben az Egészségügyi Törvény szerint megkezdte működését a betegjogi képviselői rendszer.

4. Az egészségföldrajz néhány kérdése

Az 1990-es évek közepétől a magyar társadalomföldrajzban megfigyelhető egy új szemléletű tudományszakág (az egészségföldrajz) létrejötte, majd kibontakozása. Az elmúlt évtizedek negatív tendenciái a magyarországi népesség egészségi állapotában és az egészségügyi ellátásban nemcsak az orvostudomány figyelmét irányították rá e problémákra, hanem számos társadalomtudományét (pl. demográfia, szociológia) is. Mivel az említett társadalmi-gazdasági jelenségcsoport markáns területi egyenlőtlenségeket mutatott, a társadalomföldrajz művelőinek figyelmét is felkeltették a népesség egészségével és az egészségüggyel kapcsolatos kérdések.

Ennek keretében – sok egyéb változás mellett – a társadalomföldrajz fejlődése során új tudományszakágak, „szakgeográfiák” születtek meg. E szakgeográfiák egyike az egészségföldrajz, amely egy egyre lényegesebbé váló társadalmi jelenséget, az egészség problematika térbeli vonatkozásait tekinti vizsgálati tárgyának, és amely szemléletéből adódóan fiatal tudományterületnek számít a magyar társadalomföldrajzban. Mivel a betegjogot az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségei, területi különbségei hozták létre, a területi különbségek közelítése, eltüntetése a feladatai közé tartozik, így a betegjog az egészségföldrajz részének tekinthető.

Mai formájának alapjait az utóbbi évtizedben nyerte el, bár problematikáinak egy része már régóta jelen van a hazai tudományos gondolkodásban.

A nemzetközi szakirodalomban nagyon sok publikáció születik e tudományszakágban, amely külföldön is egyre inkább az érdeklődés középpontjába kerül. Az érdeklődés növekedésének eltérő okai vannak a gazdaságilag fejlett és a gazdaságilag fejletlen országokban. Míg a gazdaságilag fejlett, gazdag országokban a népesség öregedése miatt átalakuló betegségstruktúra, továbbá az egészségügyi ellátás egyre nehezebb finanszírozhatósága helyezi fókuszba az egészségügyet, addig a gazdaságilag fejletlen, szegény országokban az újonnan felbukkanó (vagy már korábban is ismert, vagy teljesen új típusú) járványok, a szegénységből eredő megbetegedések, illetve az egészségügyi ellátás hiányosságai. Ezek az egészségügyi folyamatok természetesen a földrajzi térben játszódnak le: meghatározott kapcsolatban vannak a természeti és társadalmi környezettel, nagy területi egyenlőtlenségeket mutatnak és a globalizálódó világban, és az „összeszűkülő” térben megváltozik viselkedésük.

Magyarországon a népesség rossz egészségi állapota, az egészségügyi rendszer finanszírozási és strukturális válsága teszi az egészségügyet a társadalomtudományok számára is fontos és aktuális kutatási témává. Ez az aktualitás egyre inkább sürgetővé tette, hogy a magyar geográfia is választ adjon az egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos földrajzi problémákra.

4.1. Egészségföldrajzi kutatások Magyarországon

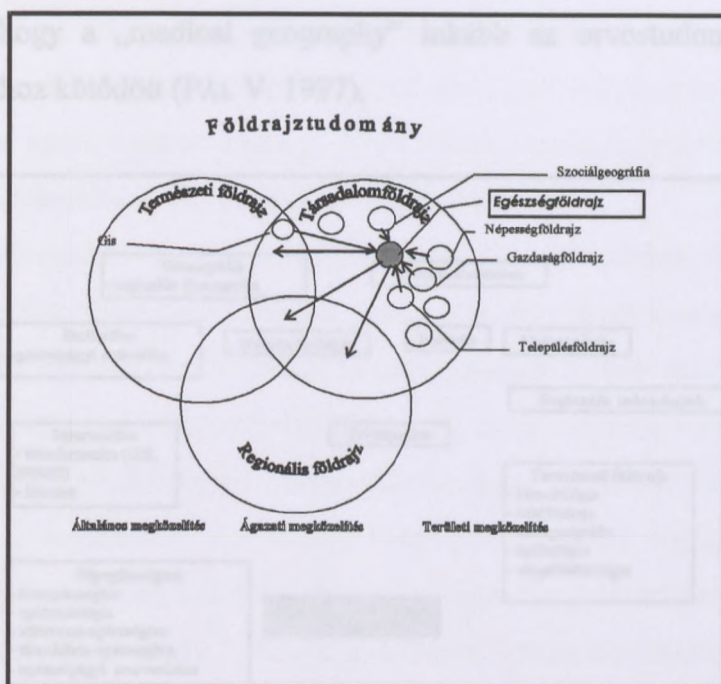
A földrajz és az orvostudomány határterületére eső kérdések tanulmányozása nem idegen a magyar földrajztól. Az orvosföldrajzi kutatások az 1960-as évek óta vannak jelen a hazai tudományban. Szintén megtalálható volt – az 1980-as évektől – az egészségügyi rendszer térbeli különbségeit kutató irányzat. A földrajztudományon belüli egységes egészségföldrajzi szemlélet, a két irányzat integrációja azonban csupán az elmúlt évtizedben jött létre.

4.1.1. Az egészségföldrajz fogalma

Az egészségföldrajz *fogalmi és terminológiai* kérdései mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalomban meglehetősen képlékenyek, több különböző megközelítés létezik.

Mivel az egészségföldrajz az utóbbi évtizedben külföldön is fontos szemléleti változásokon ment keresztül, megkülönböztethető hagyományos és modern szemléletű definíciója is. Ennek ellenére adható olyan meghatározás is, amely mind a modern, mind a hagyományos szemléletmód elemeit ötvözi. Ennek alapján az egészségföldrajz definíciója megközelíthető mind a tudományok, mind a tudományos problematikák felől.

A tudományok felől közelítve az egészségföldrajz a társadalomföldrajzhoz tartozó, önálló, egységes inter- és multidiszciplináris tudományszakág (résztudomány), amely a népesség egészségi állapota, egészséggel kapcsolatos viselkedése, és az ezekhez kötődő összetett társadalmi jelenségek (pl. egészségügyi rendszer, egészségügyi ellátás) földrajzi-térbeli vonatkozásaival foglalkozik (TÓTH J. szerk. 2001). Ez a definíció HUNTER meghatározásához közelít, amely szerint az egészségföldrajz a népesség egészségi állapotára, illetve az aktuális egészségügyi problémákra alkalmazott földrajzi elképzelések és megoldási technikák összessége, azaz a földrajzi módszerek és földrajzi szemlélet alkalmazása az egészség, a betegség és az egészségügy területén (MEADE, S. M. – FLORIN, W. J. – GESLER, M. W. 1988) (1. ábra).



1. ábra

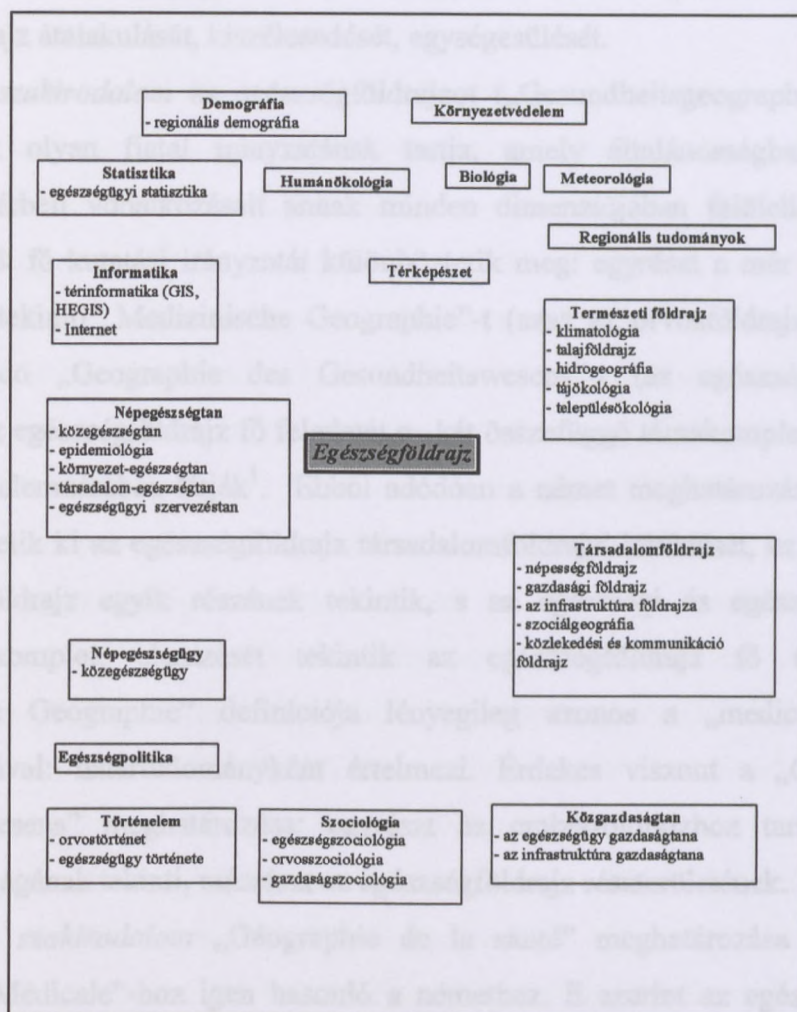
Az egészségföldrajz helye és kapcsolatai a földrajztudományban
(TÓTH J. nyomán szerk. PÁL V. 1997)

A tudományos problematikák felől megközelítve azok a kérdések tartoznak az egészségföldrajz vizsgálati körébe, amelyek az orvostudomány, a földrajz, az egészségügyi gazdaságtan és -menedzsment, a szociológia, az egészségügyi statisztika, illetve a demográfia valamilyen metszéspontjába esnek (2. ábra).

Az egészségföldrajz elnevezésével kapcsolatban több terminológia létezik mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban, és különbségek utalnak a tudományszakág szemléletében meglévő eltérésekre, így a definíciókra is.

Az angolszász országokban háromféle elnevezés használatos: „medical geography”, „geography of health” és „geography of health care”. A „medical geography” a legrégebbi terminus, melyet „orvosföldrajz”-ra lehet fordítani. Szűken értelmezve a népesség egészségével kapcsolatos földrajzi problémákat vizsgáló tudományt értik rajta. A „medical geography” lényegileg határtudományként, illetőleg szubdiszciplínaként jött létre, azoknak a témáknak a kutatására, amelyek az orvostudomány és a földrajz határterületére estek. Az egyik leglényegesebb gondolata az volt, hogy az elsősorban fertőző betegségek kialakulása és terjedése csak természeti környezetükben érthető meg. Ezért az orvosföldrajzi szubdiszciplína egyik fő feladata az egyes betegségek környezetbe ágyazott vizsgálata, illetve a természeti környezet azon elemeinek kutatása, amelyek hatnak egy-egy betegség kialakulására, fennmaradására és terjedésére (ezt nevezik betegség ökológiának).

Így látható, hogy a „medical geography” inkább az orvostudományhoz, illetve a természetföldrajzhoz kötődött (PÁL V. 1997).



2. ábra

Az egészségföldrajz és társtudományai

(Forrás: PÁL V. 1997)

A „geography of health care” elnevezés (az egészségügy földrajza) egyértelműen az egészségföldrajz modernebb irányzatát, azaz az egészségügyi rendszerek földrajzi aspektusainak kutatását jelöli. Az egészségügyi ellátórendszerben meglévő területi különbségek, a hozzáférhetőség, a szükséglet, igény és igénybevétel vizsgálata tartozik kutatási témái közé.

A „geography of health” elnevezés (az egészség földrajza) mind gyakrabban bukkan fel az 1990-es évek szakirodalmában. Többnyire az egész tudományszakág elnevezésére használják.

Elsősorban azt az elképzelést tükrözi, mely szerint célszerű kibővíteni a népesség egészségi állapotának kutatását társadalmi, gazdasági, politikai, kulturális tényezőkkel és összekapcsolni az egészségügyi rendszer földrajzának tanulmányozásával. Ez is jelzi az egészségföldrajz átalakulását, kiszélesedését, egységesülését.

A német szakirodalom az egészségföldrajzot („Gesundheitsgeographie”) a földrajzi kutatás egyik olyan fiatal irányzatának tartja, amely általánosságban az egészség fogalmának térbeli vonatkozásait annak minden dimenziójában felöleli. Az egészségföldrajznak két fő kutatási irányzatát különböztetik meg: egyrészt a már nagy hagyományokra visszatekintő „Medizinische Geographie”-t (azaz az orvosföldrajzot), másrészt a még formálódó „Geographie des Gesundheitswesens”-t (az egészségügyi rendszer földrajzát). Az egészségföldrajz fő feladatát e „két összefüggő témakomplexum” egységes, rendszerezett elemzésében látják¹. Ebből adódóan a német meghatározások sajátossága, hogy nem emelik ki az egészségföldrajz társadalomföldrajzi kötődését, az orvosföldrajzot az egészségföldrajz egyik részének tekintik, s az egészségi és egészségügyi térbeli folyamatok komplex elemzését tekintik az egészségföldrajz fő feladatának. A „Medizinische Geographie” definíciója lényegileg azonos a „medical geography” meghatározásával: határtudományként értelmezi. Érdekes viszont a „Geographie des Gesundheitswesens” meghatározása: egyrészt az emberföldrajzhoz tartozó gazdaságföldrajz egyik ágának tekinti, másrészt az egészségföldrajz részterületének.

A francia szakirodalom „Géographie de la santé” meghatározása és viszonya a „Géographie Médicale”-hoz igen hasonló a némethez. E szerint az egészségföldrajz az emberföldrajz (társadalomföldrajz) egyik fiatal diszciplínája, mely lehetővé teszi, hogy értékeljük egy terület egészségi és egészségügyi állapotát a földrajzi dimenzió és a modellezés segítségével. Fő célja egyrészt a népesség egészségi állapotának globális és térbeli vizsgálata egy adott területen, figyelembe véve az endogén és exogén tényezőket, továbbá a társadalmi-egészségügyi-területi rendszer komplex elemzésére².

Magyarországon e tudományszakát „orvosföldrajz”, „egészségügyi földrajz” és „egészségföldrajz” nevekkkel illeti a szakirodalom, sőt előfordul az „egészségügyi rendszer földrajza” elnevezés is.

¹ www.gesundheitsgeographie.de

² www.lille2.fr/cerim/formation/index..html

A terminusok hol összemosódnak, hol elkülönülnek egymástól, különösen az egészségföldrajzot és az egészségügyi földrajzot használják szinonimaként (PÁL V. 1998a).

Általában az orvosföldrajzot tekintik tágabb kategóriának, de előfordul olyan elképzelés is, mely szerint az egészségföldrajz az orvosföldrajz eredményeit alkalmazza az oktatásban (GÖRZSÖNYI VARGHA L. GY. 1980).

Magyarországon az elmúlt évekig az orvosföldrajz kifejezés volt a legelterjedtebb, mivel ez rendelkezik nagyobb hagyományokkal, s a legtöbb tudományos munka is e tárgykörben született. A magyarországi orvosföldrajz tulajdonképpen megfelel a külföldi egészségföldrajz tradicionális irányzatának, azzal a különbséggel, hogy nem gyökeresedett meg mindegyik kutatási irányzat: a témák elsősorban a földrajzi környezet és a betegségek kapcsolatára, másodsorban a betegségek térképezésére koncentrálnak.

Az egészségügyi földrajz – mely megfelel az angol „geography of health care” elnevezésnek – a hazánkban is rövidebb múltat mondhat magáénak az orvosföldrajznál, és célja az egészségügyi rendszer földrajzának vizsgálata. Az orvosföldrajzhoz hasonlóan témaköreiben szűkebb a külfölditől. A nemzetközi tendenciáktól eltérően nem integrálódott a már meglévő orvosföldrajzba, hanem külön tudományterületként volt jelen.

Mivel az utóbbi évtized egyik fontos folyamata, hogy a két – fogalomhasználatában is különböző – kutatási irányzat összekapcsolódik, ezért egyre elterjedtebb az „egészségföldrajz” terminológia alkalmazása az egész tudományterület elnevezésére. Ebben az esetben az egészségföldrajz felfogható a tágabb értelemben használatos „medical geography” vagy a „geography of health” elnevezések szinonimájaként is. Ez kifejezi a már említett egységesülést, ugyanakkor kellően semleges ahhoz, hogy mindkét irányzat kutatói megtalálják benne gondolkodásmódjuk előzményeit (PÁL V. 1997).

Mint az eddigiekből kitűnik, a legnagyobb különbség az „orvosföldrajz” (medical geography) és az egészségföldrajz (geography of health) meghatározása, tartalma és szemlélete között van. Ez egy folyamatnak is felfogható, melynek során az orvosföldrajz egészségföldrajzzá alakul át. E folyamat lényege, hogy a kutatások egyre inkább az egészségi és egészségügyi területi különbségekre, a folyamatok társadalmi beágyazottságára koncentrálnak. KEARNS az így létrejött tudományszakágat „postmedical geography”-nak is nevezte, s lényegében az *orvosföldrajz kulturális fordulatának* tartja.

Nem csak arról van tehát szó, hogy az orvosföldrajz mellett megjelent az egészségügyi rendszerek földrajza, (s az egészségföldrajz lényegében az orvosföldrajz kibővítése az egészségügyi rendszerek földrajzával), hanem arról is, hogy az egészségföldrajz megkísérli integráltan vizsgálni az egész egészség-problémakört (beleértve az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer földrajzát), ugyanakkor a tudományszakág egyre jobban kötődik a társadalomföldrajzhoz.

Az egészség területiségével kapcsolatos kérdéseket nem elsősorban orvosi, hanem társadalmi (és természetesen gazdasági, illetve kulturális) aspektusból vizsgálja. Így értelemszerűen a hagyományos kérdések újakkal bővülnek ki (KEARNS, R. – MOON, G. 2002).

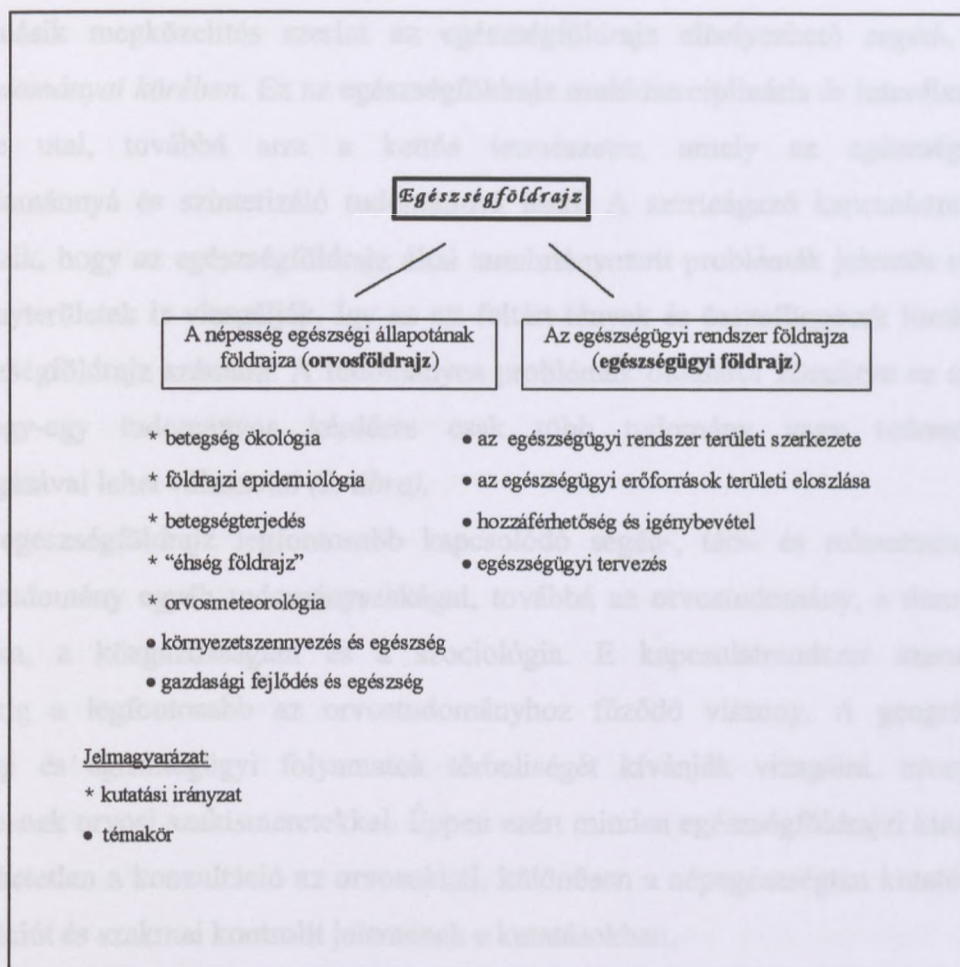
A definíciókból adódóan az egészségföldrajzi kutatások *célja*, hogy komplex képet nyújtsanak a népesség egészségi állapotának és az egészségügyi rendszernek a térbeli földrajzi sajátosságairól, elemezzék a földrajzi környezet és az egészségi állapot összefüggéseit, és ezzel hozzájáruljanak a teljes társadalomföldrajzi kép megrajzolásához, illetve az általuk feltárt tények és összefüggések felhasználhatók legyenek a kapcsolódó tudományok és társadalmi cselekvések számára.

Feladata, hogy a leírason és ténymegállapításokon túlmenően feltárja a térbeli különbségeket előidéző tényezők hatásmechanizmusát, kapcsolatot keressen az egészségi állapot, a természeti viszonyok és az egészségügyi rendszer tényezői között és mutassa be a földrajzi tényezők összefüggéseit az egészségi állapottal.

Az egészségföldrajz vizsgálatainak *tárgya* a népesség, a társadalom egészséggel kapcsolatos területi tevékenysége (viselkedése), az egészségügyi rendszer, és az ezek működését befolyásoló természeti-társadalmi rendszerek és alrendszerek (TÓTH J. szerk. 2001).

Az egészségföldrajz alapvető *forrásai* a társ- és rokontudományok eredményei, a különféle történeti feljegyzések, az egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos statisztikák, statisztikai és szociológiai felmérések, továbbá forrásnak tekinthetők az ezekből képzett arányszámok, illetve viszonzyszámok is. Ezek alkalmazásakor gyakran *problémák* merülnek fel, különösen az egészségi állapot térbeli vizsgálata kapcsán.

Az egészségföldrajz napjainkra egységes tudományszakággá vált a társadalomföldrajzon belül. Két markáns kutatási irányzatra osztható: a népesség egészségi állapotának földrajzára és az egészségügyi rendszer földrajzára (3. ábra).



3. ábra

Az egészségföldrajz felépítése, kutatási irányzatai

(Forrás: TÓTH J. szerk. 2001)

Az egészségföldrajz általános definíciója alapján tudományrendszertani helye is kétféleképpen közelíthető meg. Az egyik az egészségföldrajz *földrajztudományon belüli helyzetére* utal: az egészségföldrajz a társadalomföldrajz része, annak önálló tudományterülete (PÁL V. 1998a). Vannak olyan kutatási témái, amelyek csak társadalomföldrajzi jellegűek, olyanok, amelyek vegyesek (természeti földrajz, regionális földrajz) és vannak a természeti földrajzhoz inkább kapcsolódó témák. Belső kapcsolatrendszerében az egészségföldrajz legjobban a népességföldrajzhoz, a szociálgeográfiához, a gazdaságföldrajzhoz, a településföldrajzhoz, a kulturális földrajzhoz, a klimatológiához, a talajföldrajzhoz, a hidroeográfiához, a tájökológiához kötődik és egyre intenzívebben használja ki a GIS adta lehetőségeket (1. ábra). Az egészségföldrajz földrajztudományon belüli helyének meghatározásakor azt a modellt vettük alapul, mely a földrajztudomány egységes, de hámosztatú tudományként értelmezi (TÓTH J. 1995; 1998).

A másik megközelítés szerint az egészségföldrajz elhelyezhető *segéd-, társ- és rokontudományai körében*. Ez az egészségföldrajz multidiszciplináris és interdiszciplináris jellegére utal, továbbá arra a kettős természetre, amely az egészségföldrajzot határtudománnyá és szintetizáló tudománnyá teszi. A szerteágazó kapcsolatrendszerből következik, hogy az egészségföldrajz által tanulmányozott problémák jelentős részét más tudományterületek is vizsgálják. Így az ott feltárt tények és összefüggések forrásértékűek az egészségföldrajz számára. A tudományos problémák oldaláról közelítve ez azt jelenti, hogy egy-egy tudományos kérdésre csak több tudomány vagy tudományterület összefogásával lehet válaszolni (2. ábra).

Az egészségföldrajz legfontosabb kapcsolódó segéd-, társ- és rokontudományai a földrajztudomány egyéb tudományszakágai, továbbá az orvostudomány, a demográfia, a statisztika, a közgazdaságtan és a szociológia. E kapcsolatrendszer szempontjából napjainkig a legfontosabb az orvostudományhoz fűződő viszony. A geográfusok az egészségi és egészségügyi folyamatok térbeliségét kívánják vizsgálni, azonban nem rendelkeznek orvosi szakismeretekkel. Éppen ezért minden egészségföldrajzi kutatás során elengedhetetlen a konzultáció az orvosokkal, különösen a népegészségtan kutatóival, akik konzultációt és szakmai kontrollt jelentenek e kutatásokban.

Ezt a kooperációt az egészségföldrajz interdiszciplináris jellege is megköveteli. (E tudományok mellett sok információ gyűjthető az egészségüggyel és regionalizmussal kapcsolatos társadalmi és politikai cselekvésformákból is.)

4.1.2. Az Egészségföldrajz fő feladatai, a betegjogok kutatásának helye az egészségföldrajzban

Az egészségföldrajz az orvostudomány nagy ágai közül különösen a népegészségtan eredményeit tudja közvetlenül hasznosítani. Ezen belül az egészségföldrajz kapcsolata az epidemiológiával, a környezet-egészségtannal, a társadalom-egészségtannal, a táplálkozás-egészségtannal és az egészségügyi szervezéstudománnyal a legintenzívebb (DÉSI I. szerk. 1885; ÁDÁNY R. – EMBER I. – MORAVA E. – NAGYMAJTÉNYI L. 2000).

Az epidemiológia az egészségföldrajzzal a különféle betegségek területi elterjedése és az egyes betegségek etiológiája kapcsán érintkezik. A környezet-egészségtan – témájából adódóan – az egészségföldrajzhoz az egyik legintenzívebben kötődő népegészségtani részterület.

A társadalom-egészségktan eredményeit az egészségföldrajz a népesség egészségi állapotának jellemzésekor alkalmazza, mivel a társadalmi rétegek és csoportok gyakran területileg is elkülönülnek egymástól. A táplálkozás-egészségktan az egészségföldrajzhoz az ún. „éhség földrajzon” keresztül kötődik. Az egészségügyi szerveztudomány témái sok ponton fedik az egészségügyi földrajzét, ugyanis tárgyának, az egészségügyi rendszernek számos térbeli vonatkozása van (TÓTH J. szerk. 2001).

A demográfia három nagy ága (népességstatisztika, népesedési elméletek, népesedéspolitika) közül az egészségföldrajz elsősorban a népességstatisztika népmozgalmi részével áll intenzív kapcsolatban, kiemelten kezelve a halálozási regionális statisztikákat. Ez a kapcsolat olyan szoros, hogy az egészségföldrajz alapfogalmainak és módszereinek egy részét a demográfiától kölcsönzi (HOÓZ I. 1988; KLINGER A. szerk. 1996). A statisztika módszertanát az egészségföldrajz részben, az egészségügyi statisztika eredményeit teljes egészében felhasználja.

A betegjognak is szoros kapcsolata van a népességgel. Ismernie kell a népmozgalom adatait, a népesség szerkezetét, ha indokolni akarja elképzeléseit, tudnia kell a népesség szerkezetének módosulásairól, hogy megértse az egyes betegségek érvényesülésének területi különbségeit. Az ismereteknek pedig a betegségek megelőzésében kimagasló szerepük lehet.

A közgazdaságtanhoz tartozó az egészségügyi gazdaságtan eredményei és módszerei kiindulópontját képezik az egészségföldrajz modern ágának az egészségügyi földrajznak. A szociológián belül két olyan szakszociológia is létezik, amely kapcsolódik az egészségföldrajzhoz. Az egészségszociológia bizonyos társadalmi csoportok és rétegek egészségi állapotával, halandóságával, illetve az ezt befolyásoló társadalmi tényezőkkel foglalkozik (PIKÓ B. 2002). Az orvosi szociológia kiegészül az orvos-beteg kapcsolatának, az „orvostársadalomnak”, az orvosszerepnek, az orvosi pályaorientációnak és az egészségügyi szervezetnek a tanulmányozásával is (MOLNÁR L. szerk. 1989).

Az egészségföldrajz modern ágának kötődése a szociológiához erőteljesebb, mint az egészségügyi gazdaságtanhoz, mivel az szintén az egészségügyi rendszer (területi) „viselkedésére” koncentrálnak.

Az orvostudomány fejlődésével nagy változások történtek a betegségek etiológiájának megítélésben és osztályozásában. Gondot jelent, hogy nem rendszeresen gyűjtötték a megbetegedési adatokat, sokszor csak a pusztító járványokról készült feljegyzések állnak rendelkezésre.

A legmegbízhatóbb források az étellel kapcsolatos statisztikák, s ezen belül a halálozási és haláloki statisztikák. Ezeket a XX. század közepe óta a legtöbb országban megfelelő rendszerességgel gyűjtik, mégis használatuk sokszor problematikus, különösen akkor, ha több ország halandósági viszonyait kívánjuk összehasonlítani (MEADE, S. M. – FLORIN, W. J. – GESLER, M. W. 1988).

Annak ellenére, hogy a WHO bevezette a Nemzetközi Betegségosztályozás rendszerét, a haláloki statisztikák megbízhatósága országonként változó. A mortalitási statisztika problémája az is, hogy egyes betegségek megjelenítésére nem alkalmas, pedig azok is jelentősen ronthatják a betegek életminőségét (PÁL V. 1999).

Még nehezebben elemezhetők a megbetegedések számával kapcsolatos morbiditási statisztikák. A különféle gondozó- és prevenciós intézetekben, háziorvosoknál, kórházakban, járóbeteg-szakrendeléseken regisztrált megbetegedési adatok különféleképp használhatók fel egyes betegségeknél. A pontatlanságok kiküszöbölésére, a rejtett morbiditás feltárására országos, reprezentatív egészségi állapot felméréseket végeznek, melyben egy előre kiválasztott lakossági mintát fizikális vizsgálatoknak vetnek alá, illetve kikérdezik meglévő betegségeiről. A földrajz számára igen nagy hátrány, hogy nem lehet belőlük területi információkat nyerni a területileg nem reprezentatív minták miatt (PÁL V. 2000; 2003).

Hasonló problémák észlelhetők a hivatalosan közzétett halálozási, megbetegedési és egészségügyi ellátottságot jellemző rátákban is. Mind a nevezők, mind a számlálók rendelkezhetnek területi szempontból bizonytalansággal: bizonytalan lehet a megbetegedések száma és a veszélynek kitett lakosság száma adott területen, amelyet tovább bonyolít a migráció (JONES K. – MOON, G. 1993).

Külön problémát képez az úgynevezett „kis esetszámú” betegségek területi elterjedésének vizsgálata. Itt már eggyel vagy kettővel több eset is súlyosan módosíthatja az adott terület rátáját, és ez lehetetlenné teszi a térbeli-időbeli összehasonlítást. Gondot jelent az elemzéseknél, hogy a statisztikai adatok olyan területi egységekre vonatkoznak, amelyek valamilyen adminisztratív feladatot látnak el (megye, település, kerület, választási körzet stb.), de azon belül lehetnek eltérő környezeti vagy társadalmi feltételek, mivel a betegségek terjedése nem áll meg az adminisztratív határoknál (JONES, K. – MOON, G. 1991; 1992).

Bár az egészségföldrajzot mind az egészségi állapot, mind az egészségügyi rendszer földrajzi kérdései foglalkoztatják, több kutatási irányzata alakult ki, ezért az egyes részterületek alapkérdései is különbözőek.

Mivel mindegyik kutatási terület a földrajzi hagyományból nőtt ki és a földrajz hagyományos kérdéseit alkalmazza az egészségre és az egészségügyre, léteznek olyan alapkérdések, melyek mindegyik kutatási területen kiindulópontul szolgálnak.

A legfontosabb, hogy hogyan és miért oszlanak el az egészségügyi jelenségek a térben?

Így az egészségföldrajzi kutatás fő célja az egészséggel kapcsolatos jelenségek térbeli eloszlásának magyarázata. Az első lépés a kérdések megválaszolásához a leírás, a térképezés: hol találhatók meg az egyes jelenségek (betegségek, halálozási sajátosságok, egészségügyi infrastruktúra, az azt igénybevevő népesség).

A betegjogok kutatásának egyik területe az intézmények kapcsolatrendszere. Miért találhatók éppen ott az egészségügyi intézmények, ahol épp elhelyezkednek? Miért vannak a háziiorvosi rendelők, szakrendelések, kórházak, klinikák, gondozóintézetek egy bizonyos helyen és nem máshol? Hogyan viszonyul egymáshoz a különböző szakosodási szintek elhelyezkedése? Egybeesik-e az egészségügyi erőforrások területi elhelyezkedése a területi szükségletekkel? Hol van ellátási hiány, és hol van ellátási többlet? Hogyan lehet a leghatékosabb területi elhelyezkedést kialakítani? Hogyan lehet területileg legjobban megszervezni a sürgősségi ellátást? Hogyan lehet „megjósolni”, hogy hol lesz szükség a közeljövőben nagyobb egészségügyi kapacitásokra?

Hogyan és miért mozognak az emberek az egészségüggyel kapcsolatban, illetve milyen hatással van a migráció a betegségek elterjedésére? Milyen messzire hajlandók utazni az emberek bizonyos egészségügyi szolgáltatásokért, miért azokat veszik igénybe és miért nem máshol lévők, ami a betegjogi kutatásnak szintén része lehet.

Miért különböznek az emberek – különböző földrajzi helyeken – az egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos érzékelés szempontjából? Ez a kérdés a betegségekre vonatkoztatva azt jelenti, hogy az adott népesség (kultúra) mit gondol a betegségekről, milyen a „kulturális fájdalomküszöb”, hogyan határozzák meg a beteg-szerepet? A betegjogok kutatóinak kérdése az egészségügyi rendszerre vonatkoztatva úgy tehető fel, hogy amikor többféle egészségügyi szolgáltatás is elérhető, akkor az emberek mi alapján fognak választani, mit gondolnak az egyes rendszerek vagy intézmények hatékonyságát és az adott egészségi problémát illetően.

Hogyan következik egy adott hely lakosságának egészségi állapota a komplex földrajzi környezet, a kultúra, és az emberek interakciójából? Az egészségföldrajz fejlődésének kezdetén több orvosi topográfia próbált válaszolni arra a kérdésre, hogy „egyes helyek miért egészségesek, mások miért nem”?

Később - az ember és természet bonyolult kölcsönhatásának feltárásával - ugyanez a kérdés fogalmazódik újra (MEADE, S. M. – FLORIN, W. J. – GESLER, M. W. 1988; TÓTH J. szerk. 2001).

Az egészségföldrajz gondolatainak gyökerei fellelhetők a tudománytörténetben is. Ezek a földrajztudomány és az orvostudomány határterületére estek, azonban az egészségföldrajzra sokáig inkább úgy tekintettek, mint az orvostudomány, azon belül is az epidemiológia részére.

4.2. Az egészségföldrajz főbb képviselői

Fejlődése során az egészségföldrajz kiszélesedett, és egyre inkább a földrajztudomány, azon belül is a társadalomföldrajz felé közelített az orvostudomány felől. Földrajzi diszciplínaként 1952-ben ismerték el, amikor Orvosföldrajzi Bizottságot hoztak létre az IGU-n belül (PÁL V. 1997).

Az orvoslásban földrajzi gondolat az ókorban jelent meg. HIPPOKRATÉSZ (i.e. 460-377) volt az első az európai-mediterrán civilizációban, aki az egészséget és a betegséget összefüggésbe hozta a környezettel. „A levegőről, a vizekről és a helyekről” című művében az éghajlati elemek, az évszakok, a vízminőség, a lakosság táplálkozási szokásai és az egészségi állapot közötti összefüggésekről ír (RÉTI E. 1979; HENGELHAUPT-MEY, 1991). Az orvosok figyelmét rá kívánta irányítani az életkörülmények és az ebből adódó betegségek közötti specifikus területi különbségekre. Ekkor kezdődött a „helyek” orvosi nézőpontból történő leírása. Ezt a hagyományt követte Rómában a görög orvos, GALÉNIUSZ (129–199), aki írásaiban magaslati és sivatagi éghajlatot ajánlott tüdőbetegek számára. Hasonló leírásokkal találkozhatunk az Európán kívüli kultúrákban is, melyek főleg utazók beszámolóiból származtak, s például az araboknál a középkor folyamán is fellelhetők (TÓTH J. szerk. 2001).

Az ókori hagyományokat követték az európai középkor orvosföldrajzi leírásai, melyekben a betegség és környezet közötti összefüggésről alkotott elképzelések általános formát öltöttek. Az első orvosföldrajzinak tekinthető írások a XVII. században láttak napvilágot CH. CLERMONT (1672), HILLARY (1759) és FINKE (1792) tollából. Az „orvosföldrajz” kifejezést is FINKE használta először. Ezek a munkák azonban többnyire csak leírták orvosi szemszögből egy-egy hely földrajzi viszonyait (RÉTI E. 1979).

A XIX. században fordulatot jelentett a megbetegedések esetszámainak térképezése, ugyanis néhány betegség etiológiáját ennek segítségével lehetett megfejteni.

Ennek egyik első – az irodalomban sokszor említett – példája JOHN SNOW (1813–1858) 1848-ban Londonról készített koleratérképe. Hatására az orvosföldrajzban egyre erőteljesebbé váltak a kis területre koncentrálódó, településen belüli empirikus betegség-kutatások.

Szintén a XIX. században geográfusok kezdeményezésére, nagyobb térségekre kiterjedő kutatások is kezdődtek a betegség-térképezésben. A német geográfus, PETERMANN 1852-ben készítette el az 1831–33-as nagy angol kolerajárvány térképét, mellyel a betegség-terjedés kutatását hívta életre (KISTEMANN, T. – LEISCH, H. – SCHWEIKART, J. 1997).

Mindkét kutatási irányzat esetében azonban a fő kutatási problematika a fertőző betegségek és környezet kapcsolatrendszerének, a betegségek térbeli elterjedésének feltárása volt. Ez a kérdésfelvetés megőrizte egyeduralmát egészen a XX. század elejéig.

A korábbi kutatási hagyományokat követve napjainkra az egészségföldrajz tradicionális irányzatának, az *orvosföldrajznak* jól körvonalazható kutatási területei és témakörei alakultak ki (3. ábra).

A „*betegség ökológia*” az 1950-es években jött létre. Alapjainak lerakása M. MAY nevéhez fűződik, aki az egészségföldrajz feladatát a betegségek és a környezet – elsősorban természeti környezet – közötti kapcsolatok feltárásában jelölte meg (OROSZ É. 1988). Kutatási témája miatt ez az irányzat vezethető le leginkább a 19. századi előzményekből. Átfogó, elméleti magyarázatot kíván adni a betegségek mibenlétére. Kapcsolatot keres a kultúra (viselkedés), a természeti környezet és a népesség egészségi állapota között. Felfogásában betegség akkor keletkezik, ha az ember tévesen alkalmazkodik a környezetéhez, azaz megbomlik az ökológiai egyensúly, rossz kulturális mintákat alakít ki a környezethez való alkalmazkodása során (RÉTI E. 1962).

Alapkérdése, hogy a környezet milyen hatást gyakorol az ember egészségére, bizonyos betegségek kialakulására, fennmaradására. Követői szerint érdemesebb a betegségek kialakulásának folyamatait megérteni, mintsem a betegségekről statisztikákat készíteni, és a tényeket leírni. Az egészséget folyamatos tulajdonságként definiálják, az alkalmazkodóképesség szempontjából (MEADE, S. M. – FLORIN, W. J. – GESLER, M. W. 1988).

Az újabb kutatások fontosabbnak tartják a kultúra (viselkedés, tevékenység) szerepét, mint a fizikai környezetét, mivel a természeti környezet jelentős mértékben átformált, és hatásait a kultúra erőteljesen pufferezi. Egyre inkább bebizonyosodik, hogy minden – fertőző és degeneratív – betegségnek megvan a maga „kulturális ökológiája”. Így például az utóbbi években számos publikáció látott napvilágot a szalmonella és környezeti tényezők kapcsolatáról, a nehézfémek egészségre gyakorolt hatásáról, a Lyme-kórról (KÖCK M. 1994; SCHAFFLER, R. – SCHAFFLER, K. – KÖCK, M. – SIXL, W. – MARTH, E. 1994; DAS, A. – LELE, S. – GLASS, G. E. 2002). A kutatások még jobban eltolódnak a mesterséges környezet és a betegségek közti összefüggések feltárása felé (BENCKO, V. – SERY, V. – SIXL, W. 1994; KUMRA, W. K. – SINGL, B. L. 1994), de előfordulnak a tájváltozás egészségre gyakorolt hatását elemző írások is (FLEISCHER, K. – SCHULZ, E. 2001). Egyre gyakoribb a klímaváltozás és malária elterjedése közti összefüggések kutatása, modellezése (DIESFELD, H. J. 1997; FLESSA, S. 1998).

A „földrajzi epidemiológia” is rendelkezik XIX. századi előzményekkel, mivel módszere a betegség-térképezés. A földrajzi epidemiológiával foglalkozók bemutatják a betegségek térbeli elrendeződését, ezeket megfelelő grafikus módszerekkel ábrázolják, és kapcsolatot keresnek a veszélyeztető tényezőkkel, melyeket szintén térképeznek, majd elemeznek. Összehasonlítják a betegség-térképekkel, kiszűrik a véletlenszerű eseményeket, és kapcsolatokat keresnek. A kutatások során elemezik a betegségek földrajzi korlátok közé szorítottságát, elméleti modelleket dolgoznak ki a különféle betegség-rendszerek földrajzáról (OROSZ É. 1988).

Kiemelten foglalkoznak a fertőző betegség-rendszerekkel és a vízfüggő betegség terjedéssel. A második világháború után született enciklopédikus jellegű betegségtérképek a brit, a német, a belga és az orosz geográfia eredményei (VERHASSELT, Y. 1977; LEARMONTH, A. 1978; MEADE, M. S. 1979). Bár a betegségtérképek készítése az 1980-as évek közepétől veszített jelentőségéből, mégis ez az irányzat áll a tradicionális egészségföldrajz középpontjában. Az ipari országokban a II. világháborút követően átalakult betegségstruktúra hatására a kutatások egyre inkább a krónikus és degeneratív betegségekkel (szív- érrendszeri megbetegedések, daganatos betegségek stb.), illetve a fertőző betegségek közül a HIV-vel kezdtek foglalkozni (THOMAS R. W. 1993, DEL CASINO, V. J. Jr. 2001).

A kutatások az 1980-as évek vége óta kibővültek epidemiológiai módszerekkel, témái szerteágazóak, új módszertani problémák merültek fel.

A kis esetszámú betegségekhez hasonló problematikák miatt dolgozták ki a vizsgálatok többszintű modelljeit, melyek alapján mind a különböző területi egységek (mint másodlagos szint), mind az egyén szintjén (mint elsődleges szint) végeznek vizsgálatokat és belekalkulálják a véletlen és a környezet szerepét is (JONES, K. – MOON, G. 1991; KELLER, A. 1993).

A „*betegségek terjedésének földrajza*”, más néven „*járványföldrajz*” többnyire a fertőző betegségek térbeli-időbeli terjedésével foglalkozik, mégsem csak a járványosan előforduló fertőző betegségek tartoznak vizsgálati körébe. A fertőző betegségek terjedését az egyes országok, régiók gazdasági, társadalmi, kulturális és politikai viszonyainak tükrében vizsgálja (OROSZ É. 1988). Képviselői elsősorban a terjedés földrajzi mechanizmusának elméletét kutatják konkrét példákon keresztül.

A betegségek térbeli terjedését különféle példák segítségével modellezzik, leggyakrabban az influenza, a mumpsz, a kolera, a hepatitisz szolgálnak példaként. A kutatások célja, hogy a modellek alapján meg tudják becsülni a jövőbeni járványok terjedésének irányait, sebességét, mechanizmusait.

A modellek azokon a földrajzi terjedési kutatásokon alapulnak, amelyeket az egészségföldrajzon kívül dolgoztak ki. Az általános terjedési modelleket kiterjesztik, és alkalmazhatóvá teszik a betegségterjedés sajátos körülményeihez (HAGGETT, P. 1976; HUNTER, J. M. 1966).

A „*táplálkozás földrajza*” (régebbi nevén „*éhségföldrajz*”) eredetileg a szegény országokban tömeges megbetegedéseket és halált okozó éhezést térképezte fel, és hozta kapcsolatba gazdasági-társadalmi tényezőkkel (OROSZ É. 1988). CASTRO már az 1950-es években – erőteljes ideológiai felhanggal – készített elemzéseket (CASTRO, J. 1955), de az irányzatot az orvosföldrajzi kutatásokhoz LEARMONTH munkássága kapcsolta. A témák egyrészt kibővültek az ipari országok táplálkozási sajátosságainak földrajzi kérdéseivel, másrészt az irányzat súlya összességében csökkent az egészségföldrajzon belül (LEARMONTH, A. 1978).

Az „*orvosmeteorológia*” az éghajlat, az éghajlati tényezők, továbbá az időjárás egészségre gyakorolt hatását elemzi. Arra keresi a választ, hogy az atmoszférában bekövetkezett fizikai és kémiai változások hogyan hatnak az ember szervezetében végbemenő fizikai és biokémiai folyamatokra, továbbá hogyan befolyásolják egy adott területen élő népesség egészségi állapotát. Témái: a bioritmusok, az akklimatizáció, a légnyomás, a szelek, az időjárási frontok hatásai, illetve a születések és halálozások évszakossága (KÉRDŐ I. 1961).

Igen erőteljesen kötődik az orvostudományhoz, ezért sokan nem is sorolják a földrajzi témák közé. Mivel nagyon sok népi, tradicionális megfigyelés is alátámasztja az egzakt méréseket, kulturális antropológiai kapcsolata is megfigyelhető.

A környezetszennyezés egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálta sem önálló irányzat, hanem témakör a tradicionális egészségföldrajz területén, témáiban szinte azonos a népegészségtanon belül elhelyezkedő környezet-egészségtannal (TÓTH J. szerk. 2001). Foglalkozik a kémiai, radioaktív stb. szennyezések egészségre gyakorolt hatásaival, annak földrajzi különbségeivel, térbeli mintázatával. Elemzi az emberi tevékenység okozta környezetváltozások (pl. felmelegedés, sztratoszférikus ózon csökkenés) egészséggel kapcsolatos problémáit.

A gazdasági fejlődés és az egészségi állapot közti összefüggések kutatása is témaköre a tradicionális egészségföldrajznak. Ennek keretében foglalkoznak a demográfiai átmenet, a fejlődés gerjesztette migráció, a strukturális átalakulás, az urbanizáció és a népesség egészségi állapota közti összefüggésrendszerrel (TÓTH J. szerk. 2001).

Az *egészségügyi rendszer földrajza* fiatalabb az orvosföldrajznál, azonban súlya az 1980-as évek közepe óta egyre nő. Bár csupán az 1960-as és 1970-es években bontakozott ki, gyökerei már korábban, a XIX. században megjelentek.

EDWARD JARVIS elmeorvos 1851-ben közölt írásában egészségügyi intézmények (elmekórházak) földrajzi, fizikai elérhetőségét vizsgálta. Az általa megalkotott összefüggést „Jarvis törvényének” vagy a „távolsághatás törvényének” nevezik.

MOUAT 1881-ben összevetette a londoni kórházak és a szegények lakóhelyeinek térbeli elhelyezkedését. Arra a következtetésre jutott, hogy a szolgáltatások és a szükségletek nincsenek területi összhangban (OROSZ É. 1988; PÁL V. 1998a).

Az előzmények után az egészségügyi rendszer földrajza önálló irányzatként az 1970-es évekre alakult ki az USA-ban, és hamarosan Nagy-Britanniában, Kanadában, Ausztráliában is gyökeret vert, napjainkra pedig a világ szinte minden országában művelik. Egymástól elkülönülő kutatási irányzatai nem alakultak ki, mivel az általa vizsgált kérdések igen szorosan összefüggnek, viszont a problémák alapján csoportosíthatók a legfontosabb témakörök: az egészségügyi rendszer térstruktúrájának vizsgálata, az egészségügyi erőforrások térbeli egyenlőtlenségei, az egészségügyi szolgáltatások területi hozzáférhetősége és igénybevétele, az egészségügyi tervezés (3. ábra).

Az egészségügyi rendszer térstruktúrájának vizsgálata egyrészt összehasonlíttja az egyes országok egészségügyi rendszereit, másrészt leírja egy-egy országon vagy kisebb területi egységen belül az egészségügyi rendszer területi jellemzőit (SHANNON, G. W. – DEVER, A. G. 1974). Alapkérdései közé tartozik, hogy az egészségügyi rendszerek milyensége hogyan befolyásolja az egészségügyi rendszer térbeli alakzatait, milyen az egészségügyi rendszer hierarchizáltsága? Az 1990-es évek második felében nő meg azoknak az írásoknak a száma, amelyek külön módszerek alkalmazását sürgetik a fejlődő országok számára (PHILLIPS, D. R. – ROSENBERG M. W. 2000).

Az egészségügyi erőforrások térbeli egyenlőtlenségeit vizsgáló tanulmányok az elemzések makro- és mikroszintjén születtek. A makroszintű megközelítések a különféle ellátottsági mutatókat (orvosellátottság, különféle intézményellátottság, ágyszámokból képzett ráták) hasonlítják valamilyen központi - általában országos átlaghoz, és mérik az attól való eltéréseket. Céljuk a területi különbségek, egyenlőtlenségek tettenérése, illetve az ezeket okozó tényezők elemzése (HAYNES, R. M. 1985). A mikroszintű megközelítések elsősorban az orvosok településválasztásának jellemzőit és okait kutatják (KNOX, P. L. – PACIONE, M. 1980). Ez utóbbi téma kötődik erőteljesen az orvosi szociológiához.

Az egészségügyi szolgáltatások területi hozzáférhetősége és igénybevétele tulajdonképpen ugyanannak a folyamatnak kétféle megközelítése. Mindkét esetben az egészségügyi szükségletek, a felmerülő korlátok és a tényleges igénybevétel bonyolult összefüggésrendszerére keresik a választ. Az igénybevétel vizsgálatánál a szolgáltatással kapcsolatba került népességet, annak ide vonatkozó területi-társadalmi sajátosságait vizsgálják, míg a hozzáférhetőségnél a különféle települési és egészségügyön belüli korlátozó tényezőket veszik sorra (JOSEPH, A. – PHILLIPS, D. 1984).

Az egészségügyi tervezés több problémát is felölel. Az egyik, hogy hogyan lehet megtervezni területi szempontból a leoptimálisabban a kórházak elhelyezkedését, hogy az korrelációt mutasson a szükségletekkel. A másik a sürgősségi ellátás leoptimálisabb térbeli elhelyezése, a harmadik az orvosok lehető legmegfelelőbb és arányos elhelyezkedése. Egyre gyakoribbak az egészségügyi körzetekkel és az esélyegyenlőséggel foglalkozó publikációk (CHUTCIN, M. P. 2002).

Az egészségföldrajz minden kutatási irányzata felhasználja a számítástechnika adta előnyöket. Az elmúlt évtizedben kezd elterjedni a számítógépes adatfeldolgozás és elemzés, a digitális kartográfia, a térinformatika alkalmazása az egészségföldrajzban. (SCHWEIKART, J. – KISTEMANN, T. 2001) Az 1990-es évek második felétől követhető nyomon az egészségföldrajz megjelenése az Interneten.

A honlapok az alapfogalmak ismertetésén túl publikációkat közölnek, digitális, interaktív egészségügyi térképeket tesznek közzé, internetes egészségügyi adatbázisokat üzemeltetnek, tájékoztatnak a legfontosabb kutatóműhelyekről és az egészségföldrajzzal foglalkozó kutatókról³.

A *tradicionális egészségföldrajzot* Magyarországon „orvosföldrajznak” nevezik. Bár viszonylag kevesen jelölik meg szakterületükként, hagyományai komolyak. Gyökerei a XVIII-XIX. századig nyúlnak vissza, amikor „orvosi helyiratokban” lehet találni orvosföldrajzi megállapításokat. Ezekben orvosok írták le saját szemszögükből a településeket, vármegyéket, tájakat. A helyiratok egy-egy város vagy vármegye leírásán túl tudósítanak a legfontosabb betegségekről, a környezetben található mérgező anyagokról, az éghajlat és a betegségek kapcsolatáról, a gyógyvizekről, az ivóvizek állapotáról, a táplálkozási szokásokról, valamint a helyi higiénés viszonyokról.

Szintén az orvosföldrajz előzményeként foghatók fel a fürdők leírásai (pl. WERHNER GYÖRGY) és a demográfiai jellegű statisztikai munkák (pl. FÁY ANDRÁS, SCHWARTNER MÁRTON). (RÉTI E. 1979; PÁL V. 1998a).

Az első magyar orvosföldrajzi munka – amelyben már használják az „orvosföldrajz” kifejezést – 1858-ban jelent meg az Orvosi Hetilap hasábjain KÁROLYI SÁMUEL tollából. „Általános áttekintés az ember betegségeinek földrajzi eloszlásáról” címmel egy francia írást ismertetett magyar nyelven (KÁROLYI S. 1858). Ezt követően több munka jelent meg hasonló témában, de ezek nem a földrajzhoz, hanem az orvostudományhoz kötődtek.

Az orvosföldrajz és a földrajztudomány összekapcsolódása, intézményesülése az 1960-as évek elején ment végbe. DR. RÉTI ENDRE kezdeményezésére – aki 1960 óta volt az IGU Orvosföldrajzi Bizottságának tagja – 1964-ben megalakult a Magyar Földrajzi Társaság Orvosföldrajzi Bizottsága, amely később átalakult Orvosföldrajzi Szakosztállyá. Kezdetben kevés publikáció jelent meg, inkább az elhangzott előadások jelezték az induló tudományos életet. 1966-tól adta ki a szakosztály folyóiratát, a *GEOGRAPHIA MEDICA HUNGARICA*-t, melyben magyar szerzők műveit közölték idegen nyelven. A folyóirat 1969–70-től már nemzetközi lapként jelent meg *GEOGRAPHIA MEDICA* néven.

³ http://www.geocities.com/Tokyo/Flats/7335/medical_geography.htm

A lap az IGU orvosföldrajzi szaklapja lett, és ettől kezdve a szakosztály fő tevékenysége a lap szerkesztése és a nemzetközi kapcsolatok ápolása lett, amelyet 1973-ban DR. DÉSI ILLÉS vett át. A folyóirat megjelenésének évében megalakult az első vidéki szakcsoport Nyíregyházán, majd hamarosan Baranya megyében. A publikációk száma nőtt, de problémát jelentett, hogy a tudományterületet főként orvosok művelték, s a geográfusok kevéssé tudtak bekapcsolódni a munkába. A *GEOGRAPHIA MEDICA* fő profilja a környezethigiénia, környezet-egészségtan lett (DÉSI I. 1985). Az 1970-es és 1980-as években viszonylag kiegyensúlyozott volt a szakosztály tevékenysége: nőtt a publikációk száma és a földrajzosok részvételi aránya. Az 1990-es évek elejének élénkülését követően az állandó pénzügyi gondokkal küszködő *GEOGRAPHIA MEDICA* 1994-et követően megszűnt, illetve beleolvadt a *HEALTH AND PLACE* című folyóiratba.

Az elmúlt három évtized alatt kialakultak a magyar orvosföldrajz jellegzetes kutatási irányzatai, témái. Magyarországon is meghonosodott a „betegség ökológia”, a „földrajzi epidemiológia” és az „orvosmeteorológia”. A kutatások központi kérdése azonban a betegségek kialakulására és fennmaradására ható környezeti tényezők kutatása volt.

Ezekben belül is voltak intenzívebben művelt témakörök: az ivóvizekben található mérgező anyagok (arzén, peszticidek) egészségkárosító hatásának vizsgálata (BERENCSI G. 1985; CSANÁDY M. 1991; DÉSI I. – GÖNCZI Cs. – HOLLÓ A. – PÁSZTOR Zs. 1979; DÉSI I. 1992), a jóddhiányos területek és a golyvaendémia kapcsolatának tisztázása (FAZEKAS – VÁRY – VÁRADY 1968), a bőr daganatos megbetegedései és a dohánytermesztés közötti összefüggések feltárása (SZEGŐ L. – JÁRMY J. – VARGHA L. 1977), a természeti adottságaink orvosföldrajzi szempontú értékelése (GECSŐ O. – HAHN GY. 1987; VARGHA L. GY. 1985; 1988).

E témakörökön túl az irányzat kutatóinak érdeklődése nagyon szerteágazó volt. Foglalkoztak a barlangok gyógyhatásával, környezet-egészségüggyel, gyógynövényekkel, népi gyógymódokkal, a napfolttevékenység egészségre kifejtett hatásával, a nyugtatók és altatók fogyasztásának területi különbségeivel, a kullancs okozta agyhártyagyulladás magyarországi előfordulásaival, a TBC területi elterjedésével, az orvosföldrajz történetével, a reumatizmus térképezésével, az öngyilkosság és a táplálkozás földrajzával, a malária terjedésével, a fogszuvasodásra ható földrajzi tényezőkkel, az urbanizáció és az egészség kapcsolatával, a gyomorfekély területi kötődésével, a tájak és betegségek összefüggéseivel.

Kevés volt azonban az elméleti munkák száma, továbbá a tudományterület jobban kötődött az orvostudományhoz, mint a geográfiához, így a később megjelenő modern irányzatot, az egészségügyi rendszer földrajzát sem integrálta magába.

Magyarországon az *egészségföldrajz modern irányzatának* megjelenése az 1980-as évekre tehető. Előzményei nem olyan régiek és sokrétűek, mint azt az orvosföldrajzé. BARS JENŐ 1909-ben kiadott munkájában statisztikai szempontból foglalkozott az orvoseloszlás és a népesség egészségének kapcsolatával. JOHAN BÉLA 1943-ban a magyar közegészségügy kérdéseit tanulmányozta (JOHAN B. 1943). Az 1970-es években jelentek meg az első konkrét tanulmányok – immár a földrajztudományon belül –, amelyek az egészségügyi intézmények vonzáskörzeteit elemezték (PÉNZES I. – TÓTH J. 1970; 1973).

Az irányzat meghonosodása az 1980-as évekre tehető és OROSZ ÉVA nevéhez kötődik, aki több munkát készített e tárgykörben. Ezáltal az egészségügy földrajz az egészségföldrajz önálló kutatási irányzatává vált, de nem integrálódott a korábbi orvosföldrajzba, hanem önálló irányzatként volt jelen. Az elmúlt évtizedekben körvonalazódtak fontosabb kutatási témái is: elméleti kérdések, az egészségügyi erőforrások – elsősorban a kórházhálózat – területi egyenlőtlenségei, egyes országok egészségügyi rendszereinek összehasonlítása (OROSZ É. 1984; 1985; 1989; 1993), egészségügyi vonzáskörzetek (PÉNZES I. – TÓTH J. 1970; 1973), és a térinformatika alkalmazása (TÓZSA I. 1994).

Az utóbbi évtizedben a *nemzetközi egészségföldrajzban* bekövetkezett változások egyrészt a tudományszakág szemléleti átalakulásával, a „hely” felértékelődésével, a társadalmi kulturális elméletek adaptációjával, a kritikai álláspont megjelenésével és mindezekhez kapcsolódóan új kutatási témák és irányzatok felbukkanásával jellemezhetők (KEARNS, R. – MOON, G. 2002).

Általánosan jellemző, hogy az egészségföldrajznak továbbra is megmaradt a két nagy hagyományos területe: betegségek eloszlásának tanulmányozása és az egészségügyi szolgáltatások térbeliségének kutatása. Szintén független az alábbiaktól, hogy a tanulmányok többsége az utóbbi időben az egészségföldrajz globális és összehasonlító perspektíváinak fontosságát hangsúlyozza. Mindemellett egyre újabb és újabb technikák látnak napvilágot a betegségek térképezésében és az egészségügyi rendszer földrajzának elemzésében (MAYER, J. D. 1996).

Fontos, hogy az egészségföldrajz szemléletmódja a társadalomföldrajzéval párhuzamosan változott: ugyanazok az elméleti változások zajlottak le az egészségföldrajzban is, mint a társadalomföldrajz többi résztudományában, illetőleg egészében. Így az 1990-es évek második felének eszmeáramlatai és vitái fellelhetők az egészségföldrajzban is (MAYER, J. D. 1996).

Ezek közül a leglényegesebb a *kritikai földrajz* szemléletmódjának és témáinak megjelenése az egészségföldrajzban. A kritikai földrajz az utóbbi évtizedekben meghonosodott álláspont a földrajzban, mely bírálja a „mainstream geography” „uralkodó tanácsadója” szerepét, a kvantitatív szemléletet, támogatja a progresszív társadalmi változásokat és a társadalomelméletek alkalmazását a társadalomföldrajzban. Úgy véli, hogy a tudománynak mindent meg kell tennie, hogy a társadalom igazságosabban működjön. Az egészségügyben a kritikai földrajzi szemlélet többféleképpen is megjelenik. Az egyik markáns témakör az 1990-es évektől a pénzügyi hatékonyságot szem előtt tartó neoliberális egészségpolitika által okozott egyenlőtlenségek feltárása és kritikája. Így igen sok vizsgálat született az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés és az egészségi állapot területi különbségei témákban (KEARNS, R. – MOON, G. 2002).

Igen lényeges a *hely szerepének erősödése* az egészségföldrajzi kutatásokban. A hely jelentőségét megcélzó témákban nem az egyediséget, hanem az abból levonható általános szabályszerűségeket hangsúlyozzák.

A szerteágazó témák közül a legtöbb a helyi egészségügyi rendszer átalakításával, illetve a helyi egészségügyet veszélyeztető tényezőkkel foglalkozik.

Az orvosföldrajz-egészségföldrajz átalakulással függ össze a *társadalomelméletek megjelenése* és használata az egészségföldrajzban. Az elméletek adaptációja nyomán az egészségföldrajz nyitottá vált, sok elméleti megközelítést és módszert adaptált a szociológiából, a kulturális antropológiából, a viselkedéstudományból, s a földrajzon belül a kulturális földrajzból és a szociálgeográfiából (KEARNS, R. – MOON, G. 2002).

Az elméleti változások mellett számos *új kutatási téma* is megjelent az 1990-es évek második felétől napjainkig. Ezek közül kiemelhető a *betegségek politikai ökológiája*, amely a hagyományos betegségökológiát, sőt a betegségek kulturális ökológiáját fejleszti tovább oly módon, hogy a betegségek kialakulásának és terjedésének hatalmi-politikai dimenzióit is bevonja a modellekbe és a mechanizmusokba (MAYER, J. D. 1996).

Kifejezetten a kritikai földrajzi megközelítés generálja a kutatásokat az *ápolás egészségföldrajza* terén. Kérdés, hogy milyen pontokon kapcsolódik egymáshoz az ápolás és a földrajz?

ANDREWS úgy találja, hogy a változás, az ápolás és a hely három kontextusban is fedi egymást. Az első az egészségügyi ellátás térbeli változásaihoz kapcsolódik, és az ápolás helyszínére (intézetek vagy otthoni ápolás) koncentrál. A második az intézeteken belüli ápolás és a hely összekapcsolódása. A harmadik kontextus az ápolók mindennapi munkájának színterén található és az ápoló-beteg kapcsolat változó térbeli jellemzőit vizsgálja (ANDREWS, G. J. 2004).

A *regionális medikometria* az egészségügy regionális fejlődésre gyakorolt hatásával foglalkozó fiatal tudományág. Inkább a regionális tudományhoz, mint az egészségföldrajzhoz kötődik. Ennek ellenére eredményei és szemléletmódja a legszorosabban az egészségföldrajzhoz köti. A regionális medikometria matematikai és statisztikai eszközöket és módszereket alkalmaz azoknak a térbeli folyamatoknak a vizsgálatára, amelyek az egészségügy regionális fejlődésre gyakorolt hatását jellemzik. Az egészségügyet a régiók (vagy másféle terület egységek, pl. települések, közigazgatási egységek, stb.) szempontjából erőforrásnak tartja, a gazdaság olyan elemeként értelmezi, amely erőteljes multiplikátor hatással bír (BAILLY, A. 2005).

Az utóbbi néhány évben a társadalomtudományokban gyorsan terjedtek a „komplexitás-elméletek”, illetve a komplexitás szemlélet. Ez az elmélet – ha késve is, de elérte a társadalomföldrajzot, s az éppen átformálódó egészségföldrajzot.

A komplexitás-elméleteket sokan úgy tekintik, mint egy új paradigmát, melynek segítségével integrálhatók a társadalomtudományok.

Bár a komplexitás-elmélet megjelent mind a társadalom-, mind az egészségföldrajzban, ez idáig viszonylag kevesen foglalkoztak vele. Valójában napjainkban figyelhetők meg az első próbálkozások arra, hogy megállapítsák, milyen lehetőségei vannak a komplexitás-elméletek alkalmazásának az egészségföldrajzban (GATRELL, A. C. 2005).

A magyarországi egészségföldrajzi kutatások a magyar társadalomföldrajz adaptációs jellegéből adódóan követik a nemzetközi tendenciákat, azonban egyrészt kis megkérdettséggel, másrészt alkalmazkodva a hagyományokhoz és a sajátosságokhoz egyéni sajátosságokkal rendelkeznek.

Az 1990-es évek második felére a hagyományos értelemben vett, a környezet és az egészség közti kapcsolatot feltáró – elsősorban orvosok által írt – orvosföldrajzi munkák száma a magyarországi egészségföldrajzban csökkent, s megfigyelhető az orvosepidemiológia teljes eltávolodása is a földrajztól. Ezzel párhuzamosan a magyar népegészségtanban olymértékben megerősödött a környezetegészségtani gondolkodás, hogy a publikációk inkább ebben a tudományágban születnek.

Ez nem jelenti azt, hogy az orvosok érdeklődése csökkent a területi kérdések iránt. Az egészségügyi rendszer reformja kapcsán a népegészségügyi szakirodalom igen bőségesen foglalkozik az egészségi állapot - elsősorban regionális és megyei léptékű - területi egyenlőtlenségeinek elemzésével, azaz földrajzi epidemiológiával. Az egészségi állapotot elsődlegesen a halandóság alapján elemzik korszerű statisztikai módszerekkel, és jelenítik meg térinformatikai szoftverek segítségével (VARGÁNÉ HAJÚ P. – ÁDÁNY R. 2000; NÁDOR G. – PÁLDY A. – PINTÉR Á. – VINCZE I. 2000; SÁNDOR J. – NÉMETH Á. – KISS I. – KVARDA A. – BUJDOSÓ L. – EMBER I. 2003). Fontos téma a távolság szerepe bizonyos egészségügyi ellátási formák tekintetében (SÁNDOR J. – HORVÁTH J. – KISS I. – EMBER I. 2000).

Az egészségföldrajzi problémák társadalomföldrajzi kutatóinak érdeklődése az egyes térségek komplex egészségföldrajzi folyamatai (PÁL V. 1999; 2003), az egészségügyi infrastrukturális ellátottság (PÁL V. 1996), az egészségügyi intézmények vonzásviszonyai (PÁL V. 2000), az egészségi állapot társadalmi determináltsága felé (UZZOLI A. 2000; 2001), illetve a területfejlesztési alkalmazhatóság irányába fordult. (PÁL V. 1998b) Előfordulnak azonban az egészségügyi infrastruktúra területi különbségeit összességében tárgyaló (BODÁNÉ GÁLOSI M. 2001), a környezetszennyezés és az egészségi állapot összefüggéseiben vizsgáló (FODOR I. – RICZ I. 2001) és a határmenti periférikus települések népességének egészségi állapotát elemző munkák (PÁL V. 2002). Megjelent Magyarországon a történeti egészségföldrajz is (PANDÚR A. 1999), továbbá a betegjogok egészségföldrajzi vonatkozásaival foglalkozó elemzések is színesítik a kutatási témákat.

Ez utóbbi azért különösen fontos, mivel a nemzetközi egészségföldrajzban is megjelennek hasonló, kritikai munkák (ANTAL G. 2002).

A reálfolyamatok elemzése mellett az egészségföldrajz tudomány-rendszertani helyéről, fogalmi kérdéseiről is jelentek meg írások (PÁL V. 1997; 1998a) Kísérletek történtek arra is, hogy az egészségi állapot területi különbségeit – a halandóság elemzése mellett – valamely más integrált mutató segítségével lehessen meghatározni (KISS J. P. – PÁL V. 2001).

Az 1990-es évek végére összességében a hazai egészségföldrajz meghonosodni látszik a magyarországi társadalomföldrajzban. Művelőinek száma, ha lassan is, de növekszik, eredményei megjelentek a felsőoktatásban, a PhD képzésben, a területfejlesztésben és az egészségpolitikában is. Megfigyelhető a korábbi kutatási irányzatok összekapcsolódása, kiszélesedése és az egységes egészségföldrajzi résztudomány körvonalazódása is, párhuzamosan az új kutatási irányzatok megjelenésével.

5. Betegjogok törvényi szabályozásának kérdései

5.1. A betegjogi alapelvek és azok megjelenése a jogi szabályozásban

A betegjogok kodifikálásának hazai története a rendszerváltás után kezdődött, majd 1997-ben az Országgyűlés új törvényt alkotott, amely Magyarországon először önálló fejezetet szentelt e – kialakulóban lévő – jogágazat szabályozásának.

A törvény célja:

- a) elősegíteni az egyén és ez által a lakosság egészségi állapotának javulását, az egészséget befolyásoló feltétel- és eszközrendszer, valamint az annak kialakításában közreműködők feladatainak meghatározásával,
- b) hozzájárulni a társadalom tagjai esélyegyenlőségének megteremtéséhez az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésük során,
- c) megteremteni annak feltételeit, hogy minden beteg megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, önrendelkezési és minden egyéb joga csorbítatlan maradjon,
- d) meghatározni – a szolgáltatók jogállásától és az ellátások fedezetétől függetlenül – az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, színvonalának garanciáit,
- e) biztosítani az egészségügyi dolgozók és a szolgáltatást nyújtó intézmények védelmét jogaik és kötelezettségeik meghatározásával, valamint az egészségügyi szolgáltatás sajátos jellegéből fakadó garanciális jellegű intézkedésekkel,
- f) lehetővé tenni az egyéni és a közösségi érdekek harmonikus érvényesülését, a mindenkori népegészségügyi célok elérését, a szükséges erőforrások előteremtését, optimális felhasználását és az egészségtudományok fejlődését.

Alapelvek:

- (1) Az egészségügyi szolgáltatások és intézkedések során biztosítani kell a betegek jogainak védelmét. A beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga kizárólag az egészségi állapota által indokolt, e törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.
- (2) Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek.

- (3) Az egészségi állapot javításának elsődleges eszköze az egészség megőrzése és a betegségek megelőzése.

Az egészségügyi szolgáltatások alapvető szakmai feltételrendszere tulajdon- és működtetési formától független, kizárólag a szolgáltatás szakmai tartalmán alapul.

- (4) Az egészségügyi intézményrendszer szakmai ellátási szintekre tagolt felépítése és működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik, valamint tudományos tényekre alapozott és költség hatékony eljárásokon alapul.

A betegeket megillető alapvető jogokat megfogalmazó egészségügyi törvény mellett kiemelt szerepet kap az 1997. évi XLVII. törvény, amely garanciákat, eljárási szabályokat fogalmazott meg az egészségügyi és a hozzá kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.

A két törvény komplex módon biztosítja az alapvető emberi jogok egészségügyi ellátás területén való tiszteletben tartását, védelmét, jogi garanciáit. Az egészségügyi ellátás kapcsán az állami felelősség központi elemeként került megfogalmazásra az egyén emberi méltósággal és önrendelkezési alapjogaival összefüggő speciális betegjogok védelme és érvényre juttatása.

Az Alkotmányon túl a személyhez fűződő jogok általános tiszteletben tartását és védelmét Polgári Törvénykönyvünk (1959. évi IV. törvény) fogalmazza meg, amely általános kötelezettségként írja elő a személyhez fűződő jogok tiszteletben tartását, és egyben mindenfajta személyiségi jogsérelemmel szembeni védelem elvét fogalmazza meg.

A személyhez fűződő jogok egészségügyi ellátás területén történő érvényesülését és védelmét erősíti a betegjogok egészségügyi törvényben való szabályozása, hiszen a betegek számára a gyógyító ellátása során is törvényi szintű garanciák biztosítják az alapvető emberi jogok érvényesülését. A személyhez fűződő jogok körében került nevesítésre a személyes szabadsághoz, a test épséghez, az egészséghöz, emberi méltósághoz való jog, amely érvényesülését segíti elő és biztosítja a betegjogok kodifikálása (KÓSZEGFALVI E. 2001b). A törvények hatályba lépésétől eltelt időszak óta, jelentős változásokat tapasztalhatunk a betegjogok érvényesülése, érvényesítése területén.

Ezen jogok fejlődésén keresztül mutatom be, hogy azok napjainkban hogyan érvényesülnek az intézményekben, a betegek hogyan tudnak annak érvényt szerezni, illetve amennyiben jogsértést szenvedtek el, vagy azt úgy ítélik meg, kit kereshetnek fel, hova fordulhatnak jogorvoslatért.

A magyar egészségügy szabályozása tárgyi terjedelmében felöleli a nemzetközileg szokásos területeket. Az egyes szabályok ugyan a különböző törvényekben jelennek meg, de egyre több az alacsonyabb szintű, rendeleti jogalkotás. Gyakori a késedelmes szabályozás, a végrehajtási rendeletek elmaradása, és sok problémát okoz a rengeteg változtatás.

A magyar alkotmányos jogalkotás az egyénekre, magánszervezetekre nézve a jogok és kötelezettségek szabályozását csak törvényben teszi lehetővé. Ez a követelmény, és a terjedelmi korlátozások magyarázzák, hogy a törvényi szint alatt csak kivételesen került bemutatásra a joganyag. Terjedelmi okból egyenetlen az egyes témák részletezése is.

A rendszerezés az európai országok egészségügyi szabályozását bemutató Egészségügyi Világszervezet ajánlása alapján történt, a következő csoportosítás szerint:

I. Az egészségügyi rendszer közjogi szabályozása

- A. Az alkotmány
- B. Az önkormányzati törvény
- C. Az egészségügyi törvény
- D. Polgári jogi szabályozás
- E. Büntetőjogi szabályozás

II. A szolgáltatást igénybevevők jogai és kötelezettségei

- A. A betegek jogai
- B. A betegek kötelezettségei
- C. Különleges orvosi beavatkozások
- D. Az emberen végzett orvostudományi kutatások
- E. Különleges betegcsoportok jogai
- F. Társadalmi és közösségi jogok
- G. A gyógyszer törvény
- H. Az élelmiszer törvény
- I. A fogyasztóvédelmi törvény
- J. A reklámtörvény
- K. A minőségügyi törvényi szabályozás

III. A szolgáltatásra és szolgáltatás nyújtására vonatkozó szabályok

IV. Az ellátás finanszírozásának szabályozása

A kodifikációs folyamat lényegében lezajlott, és bár egyes részleteket illetően még várhatók jogszabályi változások, az alapkérdések remélhetőleg hosszabb távra rendeződtek. Ahhoz, hogy az állampolgárok felelősen tudjanak dönteni, testükről, életükről, egészségükről, gyógyításukról, ismerniük kell lehetőségeiket, jogaikat és kötelezettségeiket egyaránt. Céлом, hogy ebben a folyamatban segítséget nyújtsak az ellátást igénybe vevő egészséges személyeknek és a betegeknek egyaránt.

Mivel munkámnak nem az egészségügyi törvény elemzése, hanem a benne foglalt betegjogoknak a mindennapi életben való használhatóságát felmutató áttekintése a célja, számos részlet kommentálásától el kell tekintenem.

A betegjogi ismereteken túl az egészségügyi ellátás természetesen meghatározó módon összefügg az ország gazdasági lehetőségeivel, különösen szorosan kapcsolódik a társadalombiztosítási rendszerhez.

Különösen fontos a magyar jogrendszernek is az egészségügyre vonatkozó ágazati szabályozások kompatibilitása az Unióban hatályos jogszabályokkal (POLECSÁK M. 1999). A Magyarország az ezredfordulón: Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián című könyvsorozatban is több olyan kutatási témával találkozhatunk, mely kutatja az egészségügyi ellátást, a társadalom felelősségét, a betegjogokat.

A betegközpontú egészségügyben a beteg felelősséget vállal saját egészségéért, és egyben elvárja, hogy a vele kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók – ha ő ezt akarja – vonják be őt kezelésének, gyógyításának minden fontos kérdésébe. Azok a morális jogok, amelyek a személy részéről az egészségügyi ellátással szemben indokolt elvárásnak tekinthetők egy demokratikus társadalomban.

5.2. Az egészségügyi ellátáshoz való jog

„Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalmának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez.

A betegnek alapvetően joga van az egészségi állapota által indokolt, megfelelő folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátáshoz.

Megfelelő az ellátás, ha az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok megtartásával történik.”

Folyamatosan hozzáférhető az ellátás, amennyiben az egészségügyi ellátórendszer napi 24 órán keresztül igénybe vehető. Az ellátás megkülönböztetés nélküli, ha nem történik hátrányos megkülönböztetés a betegek között társadalmi helyzetük, politikai nézeteik, származásuk, nemzetiségük, vallásuk, nemük, szexuális irányultságuk, koruk, családi állapotuk, testi vagy értelmi fogyatékoságuk, képzettségük és minden egyéb, az egészségi állapotukkal össze nem függő okok alapján.

Az egészségügyi ellátás Magyarországon ingyenes. Akinek van egészségbiztosítása, annak az ellátásért az esetek többségében nem kell fizetnie. Azonban vannak olyan ellátások, amelyeket részben vagy teljes egészében a betegnek kell kifizetnie. (Pl. bizonyos fogászati kezelések, ápolási osztályon történő gondozás, szépségti műtétek stb.) Azt, hogy valamely ellátásért fizetni kell, minden esetben előre közlik a beteggel.

A sürgős szükség esete akkor áll fent, ha azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. Ilyen helyzetben a betegnek meg kell kapnia a szükséges ellátást akkor is, ha nem tudja társadalombiztosítási kártyával igazolni, hogy arra jogosult.

A betegnek ahhoz is joga van, hogy ellátását az általa választott orvos végezze. A szabad orvosválasztás feltétele, hogy az megfeleljen a beteg egészségi állapota által indokolt szakmai követelményeknek, a beteg, valamint az orvos is jogosult legyen az ellátásra, illetve annak elvégzésére. Amennyiben a beteg fekvőbeteg-ellátó intézményben választ orvost, tekintettel kell lennie az intézmény ellátási rendjére. A beteg kérheti egy másik orvos által történő megvizsgálását is.

Előfordulhat, hogy a szükséges ellátásra nagyobb az igény, mint amit az adott intézményben teljesíteni képesek. Ebben az esetben – ha erre mód van – ajánlani kell a betegnek egy másik intézményt, ahol a beavatkozást hosszabb várakozás nélkül el tudják végezni, vagy pedig várólistára kell helyezni. A várólista határozza meg, hogy a betegek milyen sorrendben juthatnak a megfelelő ellátáshoz.

Amennyiben a beteg várólistára kerül, akkor tájékoztatást kell kapnia annak okáról, várható időtartamáról és esetleges következményeiről. A várólistán a sorrend kialakítása egységes, ellenőrizhető, nyilvánosságra hozott szakmai szempontok szerint, a várólistán szereplő betegek egészségi állapota által indokoltan és hátrányos megkülönböztetés nélkül (pl. a beteg anyagi helyzete, lakóhelye, nemzetiségi hovatartozása stb.) történik.

A várólistával kapcsolatos kérdéseivel vagy kétélyeivel a beteg kezelőorvosához, illetőleg a betegjogi képviselőhöz fordulhat (1997. évi CLIV. törvény 6.§).

5.3. Az emberi méltósághoz való jog

Az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltóságát tiszteletben kell tartani. A betegség okozta kiszolgáltatott helyzetből adódóan gyakrabban áll fenn annak a veszélye, hogy az emberi méltósághoz való jog sérül.

A betegnek egyértelműen joga van ahhoz, hogy az egészségügyi ellátás során vele tisztelettel, megbecsüléssel bánjanak, és a személyhez fűződő jogait beteg állapotában is tiszteletben tartsák.

A beteg vizsgálata során az emberi szeméremérzet nem sérülhet, feltétel nélkül garantálni szükséges a beteg négy szemközti vizsgálatának lehetőségét, a vizsgálat során a beteg habitusához illeszkedő körülmények megteremtését. Meg kell teremteni a beteg vizsgálatánál, hogy kizárólag az orvos és beteg legyen jelen, és az asszisztencia csak akkor, ha a vizsgálat indokolja a jelenlétét. Törekedni szükséges erre mind a fekvőbeteg-ellátás, mind pedig a járóbeteg- és alapellátás területén. Irányadóak erre a szakmai tárgyi minimumfeltételekben egységesen meghatározott követelmények.

Az egészségügyi törvény arról is rendelkezik, hogy a beavatkozások, vizsgálatok során az egészségügyi szakszemélyzeten kívül csak olyan személy lehet jelen, akinek jelenlétéhez a beteg hozzájárul. Ha pl. egy adott egészségügyi intézmény „Oktatókórház” kijelöléssel rendelkezik, akkor a betegek gyógykezelése során a beteg hozzájárulása nélkül is jelen lehetnek a hallgatók, de a beteggel felvételekor közölni kell azt a tényt, hogy az intézmény képzésre-oktatásra kijelölt.

Az egészségügyi törvényben kiemelt helyet kapott – mint fő szabály –, hogy az egészségügyi ellátás során a betegen kizárólag a vizsgálatához és gyógykezeléséhez szükséges beavatkozásokat lehet elvégezni. Ettől csak abban az esetben lehet eltérni, ha törvényi szintű szabályozás ezt lehetővé teszi, megengedi.

Ez nagyon fontos, mert ebbe a körbe sorolható az egyre gyakoribbá váló orvosbiológiai kutatás, az úgynevezett gyógyszerkísérlet. Ezekben az esetekben már kizárólag a beteg önkéntes beleegyezésével történhetnek vizsgálatok, az egészségügyi törvény által megfogalmazott feltételek messzemenő figyelembevételével és megtartásával.

A klinikai gyógyszervizsgálatok (I, II és III. fázisban) csak az erre kijelölt intézményekben hajthatók végre, szigorú jogi és etikai szabályozási keretek között, a beteg biztonságát szavatoló klinikafarmakológiai részlegeken, intenzív betegellátó háttér biztosítása mellett.

A személyiség, az emberi méltóság tiszteletben tartása jogkörébe tartozik a haldokló beteg számára méltó körülmények megteremtése, amely lehetővé teszi, hogy emberhez méltóan haljon meg, kívánsága szerint a hozzátartozók jelen lehessenek, illetve mindazok, akiket arra kért, hogy utolsó óráiban, perceiben mellette legyenek.

A méltó körülmények megteremtése egyben azt is jelenti, hogy a nehéz időszakot a többi betegnek ne kelljen végig élnie, mert az elmúlás pszichikailag igen nehezen dolgozható fel, amely a többi betegre, gyógyulni vágyóra súlyos terhet jelenthet.

Ehhez kapcsolódó az a törvényi szabályozás, amely kimondja, hogy a beteg alapvető személyéhez fűződő alkotmányos joga a vallási szabadság, tehát a gyógyító ellátás során tiszteletben kell tartani a vallási meggyőződést, biztosítani kell a vallás gyakorlásának feltételeit. Például a Jehova Tanúi, akik köztudottan elzárkóznak a transzfúziótól, jogosultak a vérképzést serkentő ún. eritropvetin készítmény igénybe vételére. További példa a 2005. májusában az Országos Onkológiai Intézet falain belül szerveződött katolikus Sürgősségi Lelkipásztori Szolgálat, amely a nap 24 órájában hívható a haldokló betegekhez, elsősorban lelki segítségnyújtás, illetve a betegek szentségének (ismertebben: utolsó kenet) felvétele céljából.

A betegnek lehetőséget kell biztosítani ahhoz, hogy kapcsolatot tudjon tartani azokkal az egyházi személyekkel, akikhez szoros kapcsolat fűzi. Nagyon sok egészségügyi intézményben már működő gyakorlat a meghatározott napokon megtartott istentisztelet, példa van arra is, hogy az egészségügyi intézménynek saját kápolnája van, ahol szabadon gyakorolhatják a betegek vallásukat.

Nem szabad azonban elfelejteni, hogy a beteg életéhez való joga azonban megelőzi a vallási szabadságból adódó joggyakorlást, nevezetesen a gyógyítás módját, eszközét, minden esetben a gyógyító orvosnak kell meghatároznia, hiszen a betegért ő felel az ellátás során.

A személyes szabadsághoz fűződő jogok az ellátás során azonban bizonyos esetekben (pl. pszichiátriai betegeknél) korlátozhatók. Ezek a korlátozó intézkedések azonban igen komolyan szabályozottak. Fontos alapfeltétel, hogy csak akkor alkalmazható, ha sürgős szükségéről beszélünk, illetőleg akkor, ha ezzel a beteg, vagy mások életét, testi épségét védik. Büntetés céljából a beteg személyes szabadságát korlátozni nem lehet.

A személyes szabadság korlátozása mindaddig állhat fenn, ameddig az elrendelésre szükség van, amennyiben az indíték alapját szolgáló ok megszűnt, a korlátozást azonnal fel kell oldani. Az orvosnak minden esetben dokumentálni szükséges az indítékot, annak időtartamát, a személyi szabadság korlátozása vonatkozásában (1997. évi CLIV. törvény 10.§ (1)).

A magyar egészségügyi törvény tartalmazza, hogy a szabad vallásgyakorláshoz való jogot az egészségügyi ellátás alatt is tiszteletben kell tartani. Mindez a vallásszabadság alkotmányos elvéből következik, korlátozását az egészségügyi törvény 10. § (3) bekezdése jelenti, amely szerint az ellátás során a beteg jogainak gyakorlásában csak az egészségi állapota által indokolt ideig, – törvényben meghatározott – mértékben és módon korlátozható. A vallásgyakorlás tényleges megvalósulásával azonban igen kevés egészségügyi szolgáltató törődik, pedig ez is része az emberi jogoknak. Arról meg már nem is beszélek, hogy különböző vallási felfogással rendelkezünk, ebből következik, hogy az már csak álom kategória, hogy többféle vallású vallás-gyakorlatra alkalmas megoldásról bárki is gondoskodna.

5.4. Tájékoztatáshoz való jog

A gyógykezeléshez kapcsolódó információk megszerzése nélkül a beteg nem képes élni önrendelkezési jogával. Az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltósága, autonómiája leggyakrabban (az eddigi tapasztalatok alapján) az elégtelen tájékoztatás vagy éppen tájékoztatás elmaradása miatt sérül.

A szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával. A törvény azt is előírja, hogy ennek a tájékoztatásnak hogyan kell történnie. A kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára, szellemi képességeire figyelemmel végzi. A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.

Példák sokaságán keresztül lehetne érzékelteni mennyire fontos a tájékoztatás, hogy a beteg tisztában legyen azzal, hogy vele mi történik, mi történhet, vagy milyen szövődménnyel kell számolnia, amelyek miatt akár változások következhetnek be életkörülményeiben, életvitelében.

A beteg jogosult a számára egyedi formában megadott teljes körű tájékoztatásra, további kérdezésre. A kezelőorvos a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint tájékoztatja a beteget annak egészségügyi állapotáról.

Természetesen megtörténhet az is, hogy a beteg nem kíván szembenézni a rá váró megpróbáltatásokkal. Ebben az esetben meg kell beszélnie a kezelőorvosával, hogy milyen mélységű tájékoztatást kér, illetve azt, hogy helyette kit tájékoztassanak (1997. évi CLIV. törvény 13. § (1)).

Tájékoztatási kötelezettség

Amíg az orvosnak kötelessége a tájékoztatás adása, addig a betegnek joga, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén tolmácsot vagy jeltolmácsot biztosítsanak.

Mindenképpen közölni kell a beteggel:

- egészségi állapotáról azokat a megállapításokat, amelyek tényszerűen jelen vannak, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- a javasolt vizsgálatokat, beavatkozásokat,
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeit és kockázatait,
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjait,
- döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- más lehetséges eljárásokat, módszereket,
- az ellátás folyamatát és várható kimenetelét,
- az egyes vizsgálatok, beavatkozások eredményét,
- a további ellátást,
- a javasolt életmódot, valamint
- az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.

A tájékoztatáshoz minden betegnek joga van, aki kapcsolatba tud lépni a környezetével, legyen az cselekvőképes, vagy cselekvőképességében korlátozott.

Amennyiben a beteg csak részben, vagy egyáltalán nem tájékoztatható, akkor a teljes körű tájékoztatást annak a személynek kell megadni, aki a beteg helyett jogosult az orvosi kezelésekre vonatkozó döntéseket meghozni.

A betegről gyógykezelése során egészségügyi dokumentáció készül, joga van ezekbe a dokumentációkba betekinteni, illetve – saját költségére – másolatot készíttetni, illetve ha a dokumentációkban hibás vagy olyan bejegyzést talál, amivel nem ért egyet, joga van azt kijavíttatni.

Tájékozott beleegyezés

A tájékozott beleegyezés úgy határozható meg, mint az orvosi beavatkozás akaratlagos és nem kikényszerített elfogadása a beteg által, miután az orvos érthető módon ismertette a beavatkozás természetét, kockázatait és előnyeit, valamint az alternatívákat kockázataikkal és előnyeikkel együtt.

A beleegyezési folyamat elsődleges célja a beteg autonómiájának védelme. Fontos elismerni a betegnek azt a jogát, hogy a megértett orvosi kérdésekben saját döntést hozzon, egészen addig terjedően, hogy visszautasíthassa az ajánlott orvosi kezelést. Az elfogadás vagy a visszautasítás szabadságát mind a törvény, mind az etika támogatja és védi. Orvosi kezelést, beavatkozást, műtétet a beteg beleegyezése nélkül végezni nem szabad. Az érvényes beleegyezésnek a következő kritériumoknak kell megfelelnie:

- A beteg a beleegyezést szabadon és önkéntesen adta (kierőszakolt vagy gyógyszer hatása alatt tett beleegyezés érvénytelen).
- A beleegyezésnek fednie kell az elvégzett beavatkozást. (Egy beavatkozáshoz adott beleegyezés nem érvényes egy másik beavatkozásra.)
- Általában a beleegyezés a beavatkozásra felhatalmazott személyre szól.
- A beleegyezés tájékoztatáson kell, alapuljon.
- A beleegyezést adó személynek erre törvényes felhatalmazással kell rendelkeznie (ez a probléma speciális esetekben merül fel, így: eszméletlen betegnél, szellemileg erre képtelen személynél és kiskorúaknál).

Tágabb értelemben a megfelelő információhoz tartozik az adatvédelem, egészségügyi és személyi adatok kezelése, a titoktartás, a betegdokumentáció minőségének szakmai kérdései.

5.5. Önrendelkezéshez való jog

A beteget megilleti az önrendelkezéshez való jog. A beteg dönti el, hogy a javasolt beavatkozásokat elvégezzék-e avagy sem. A beteg beleegyezésének tévedéstől, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől mentesnek kell lennie, és megfelelő tájékoztatáson kell alapulnia. (1997.évi CLIV. TÖRVÉNY 15.§ (1)).

A beleegyezését bármikor visszavonhatja, illetve arra is van lehetősége, hogy megjelöljön egy felnőtt személyt, aki a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolja. A helyettes döntéshozó megnevezésének formai követelményei vannak, rendelkezni lehet:

- saját kezűleg írt és aláírt, vagy
- géppel (más személy által) leírt, saját kezűleg is és két tanú által is aláírt (a tanúk lakcímének is szerepelnie kell), vagy
- közjegyző által szerkesztett okiratban, vagy
- írásképtelensége esetén szóban, két tanú előtt (nyilatkozatát rávezetik a kórlapjára, amit a tanúk aláírnak).

Ha a beteg átmenetileg vagy tartósan olyan állapotba került, hogy az orvosi kezeléseire vonatkozó döntéseket nem képes meghozni, és korábban helyettes döntéshozót sem nevezett meg, akkor az Egészségügyi Törvényben foglalt módon, közeli hozzátartozója (elsősorban a beteggel egy háztartásban élő házastársa, nagykorú gyermeke, szülője stb.) jogosult a döntések meghozatalára. A hozzátartozó döntése semmiképpen sem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát.

Amennyiben a beteg olyan kezelést utasít vissza, aminek elmaradása súlyos vagy maradandó károsodást eredményezhet, akkor az elutasítást – a fenti formai követelményeknek megfelelően – írásba kell foglalnia. Felnőtt, belátási képességének birtokában lévő beteg visszautasíthat életmentő vagy életmeghosszabbító kezelést is. Ezt csak akkor teheti, ha olyan gyógyíthatatlan betegségben szenved, amely rövid időn belül halálhoz vezet. A betegnek lehetősége van arra is, hogy még belátási képessége birtokában rendelkezzen orvosi kezeléséről arra az időre, amikor állapota miatt ezt már nem tudja megtenni. Amennyiben határozott elképzelése van arról, hogy élete végén, amikor már öntudatlan állapotban van, milyen kezeléseket nem kívánna magának (pl. újraélesztés, gépi lélegeztetés, operáció, mesterséges táplálás stb.), akkor célszerű élő végakaratot készítenie.

Ebben a dokumentumban is megjelölhet egy közelálló személyt, akiről úgy gondolja, hogy ismeri az értékrendjét, az orvosi kezelésére vonatkozó döntéseket az akaratának megfelelően hozza majd meg. Az élő végakaratát közjegyzőnek kell okiratba foglalnia, és kétévente meg kell újítani.

A betegnek joga van ahhoz is, hogy halála esetére rendelkezzen a holttestét érintő beavatkozásokról. Az egészségügyi törvény rendelkezései szerint megtilthatja, hogy holttestéből szervet és szövetet gyógyítás, kutatás vagy oktatás céljából eltávolítsanak, valamint kérheti, hogy holttestének boncolásától tekintsenek el (1997. évi CLIV. törvény 211.§ (1)).

5.6. Kapcsolattartás joga

A betegjogok között kiemelt helyet kapott a kapcsolattartási jog a hozzátartozókkal, illetve egyéb személyekkel. Kórházba kerülésekor a környezettel állandó kapcsolatban lévő ember számára szokatlan helyzet áll elő, amelyet kezelni kell.

A kapcsolattartás megvalósulását több lehetőség is segíti, azonban a terjedelem behatárolt. Nem szabad arról sem megfeledkezni, hogy sem a betegellátást, annak folyamatosságát, sem a betegtársakat nem zavarhatja az általunk kezdeményezett kapcsolatok művelése. Feltétlenül hangsúlyozandó, hogy messzemenően szükséges igazodni az adott intézmény feltételrendszeréhez, házirendjéhez. Nyilvánvaló, hogy egy négyágyas betegszobai elhelyezés esetében is más a gyakorlat, mint az egyágyas hotelszolgáltatás feltételei között.

A kapcsolattartási jog gyakorlását nem sérti az a gyakorlat, hogy a kórház látogatási rend keretében biztosítja annak gyakorlását. Végül is konszenzussal alakult ki az a rend, amely szerint az adott egészségügyi intézmény belső házirendjében látogatási rendet határoz meg, hiszen a látogatási rend biztosítja, hogy a betegellátás zavartalanul folyjon, illetőleg a betegtársak is megfelelő módon tudjanak pihenni, gyógyulni. A betegek az egészségügyi szolgáltatást nyújtó részéről meghatározott, írásban rögzített házirendből értesülhetnek arról, hogy a törvény által biztosított kapcsolattartási jogot milyen keretek között és hogyan gyakorolhatják az adott egészségügyi intézményben. Kivételt képeznek ez alól a súlyos, életveszélyes, illetve terminális állapotban lévő betegek, akiket a hozzátartozók soron kívül látogathatnak.

Ha a nap egészében nyitva állna a gyógyító intézmény, sem a beteg, sem a gyógyításban közreműködők nem tudnák biztosítani azokat a feltételeket, amelyek a gyógyítás érdekeit szolgálják.

A kapcsolattartási jog keretén belül szabályozásra került az is, hogy a beteg akár írásban, akár telefonon is tudja tartani a kapcsolatot hozzátartozóival, ezek feltételeit az egészségügyi szolgáltató intézménynek meg kellett teremteni. Erre jó példa, hogy kiépültek az intézményeken belül a telefonhálózatok, azok különböző formái, a postai illetve elektronikus levelezési lehetőségek is biztosítottá váltak.

Fontos új szabály az is, hogy a betegnek ahhoz is joga van, hogy kit vagy kiket akar kizárni a kapcsolattartásból. Megtilthatja a beteg, hogy az egészségügyi intézmény tájékoztatást adjon arról, hogy egyáltalán ő gyógykezelés alatt áll, illetve hogy milyen indok, ok alapján tartózkodik az intézmény falai között. Ez nem jelenthet olyan tájékoztatást, hogy az egészségügyi személyzet azt nyilatkozza, hogy a beteg megtiltotta, hogy az ott tartózkodásáról információt adjanak, hiszen egy ilyen jellegű kórházi nyilatkozat sértene a beteg akaratát.

Mindezekon felül figyelembe kell venni a kapcsolattartási jog gyakorlása során azokat az íratlan viselkedési formákat, amelyek betartása a társas érintkezés alapja (pl. ne zavarja a hozzátartozó vizit vagy a biológiai szükségletek végzése közben).

Új szabály az egészségügyi törvényben az is, hogy a kapcsolattartási jog lehetőséget ad a szülő nőnek, hogy az általa megnevezett, megjelölt nagykorú személy a vajúadás és a szülés alatt mellette lehessen. Továbbá azzal a lehetőséggel is élhet, hogy újszülöttjével egy helyiségben kapjon elhelyezést, állandóan együtt lehessenek, ha ennek orvos szakmai szempontokból nincs akadálya.

A gyakorlati élet produkált már azonban olyat, hogy a szülő nő nem kívánt élni az egészségügyi törvény által biztosított jogokkal, amelyet az egészségügyi szolgáltató is biztosít a szülő nő részére; ilyen esetben írásban nyilatkoztatni szükséges két tanú aláírásával az okiratot, miszerint a szülő nő nem kíván élni törvény adta lehetőségeivel. Fontos, hogy mindez írásban történjék – nyilatkozat jogcímmel –, amelyet a dokumentációkhoz csatolni kell az intézmény részéről. A későbbiekben így elkerülhető a konfliktus helyzet, miszerint ki és mikor járt, avagy nem járt el helyesen, ugyanis a beteg nemcsak kapcsolattartási joggal rendelkezik, hanem önrendelkezési joga is van, amelyet ebben az esetben figyelembe kell venni.

Kiemelt fontosságú a kapcsolattartás szempontjából a kiskorú beteg melletti kórházi benntartózkodás.

A szülőnek vagy törvényes képviselőnek, vagy az általuk megjelölt személynek joga van a beteg gyermek mellett tartózkodni. Természetesen itt is kiemelt szerepet kap az intézményi házirend, amelyben meg kell határozni, hogy milyen feltételek mellett tartózkodhat benn a szülő a kiskorú beteg mellett.

Adott egészségügyi intézménynek a tárgyi feltételrendszere is behatárolhatja a benntartózkodást, azt, hogy milyen lehetőségekkel lehet megvalósítani az együttlétet. Sajnos a gyakorlatban még nem valósulhat meg a „korlátok” nélküli benntartózkodás, mert a tárgyi feltételek sok esetben ezt nem teszik lehetővé. Gondolok itt az alapvető feltételekre (pl. külön vizes blokk álljon rendelkezésre a tisztálkodás és az egyéni szükségletek elvégzése céljából), mert ellenkező esetben higiéniai és egyéb szempontok hiányában nem kivitelezhető a benntartózkodás a kiskorú beteg mellett. Várhatóan a régi épületek felújítása során ezek a problémák már elhárulnak, az újonnan épülő egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények esetében már a jogszabályban előírtak valósulnak meg a kivitelezés során.

Megoldatlan azon probléma is, hogy a hozzátartozó ez esetben kinek a költségén tartózkodjon beteg gyermeke mellett: a kórháznál illetve a sajátján? Jelenleg a finanszírozás az első megoldást nem teszi lehetővé, ezért bevett gyakorlat, hogy a szülő pótlágyon, étkezés nélkül, mindenfajta ÁNTSZ rendelkezést sértve, a dolgozók jószándékú segítése mellett, és nem alanyi jogon veszi igénybe a kórházi hotelszolgáltatást.

5.7. Az intézmény elhagyásának joga

Az egészségügyi törvény deklarálja, lehetővé teszi minden beteg részére, hogy eldöntse, élni akar ezen azzal a lehetőséggel, hogy az adott egészségügyi szolgáltató által nyújtott gyógyító tevékenységet igénybe veszi vagy nem. Azaz az egészségügyi önrendelkezési jog keretében azzal a jogával is élhet a beteg, hogy saját belátása alapján mikor hagyja el az egészségügyi szolgáltató intézményt.

A betegnek joga van az egészségügyi intézményt elhagyni, ha ezzel mások testi épségét, egészségét nem veszélyezteti. Amennyiben úgy dönt, hogy a kórházi kezelésének befejezése előtt elhagyja az intézményt, szándékáról a kezelőorvost tájékoztatni szükséges. A betegnek jogában áll kérnie más egészségügyi intézménybe történő áthelyezését is (1997. évi CLIV. tv. 11.§ (1)). Az egészségügyi törvény szabályai szerint fő szabálynak kell tekinteni ebben az esetben azt a tényt, hogy a beteg az intézmény elhagyásának jogával élhet, de nem élhet vissza.

Jó példa erre az, amikor valakiről megállapítják fertőző betegségét, nyilvánvaló, hogy mások egészségének megóvása érdekében korlátozni szükséges az intézmény elhagyásának jogát. Hasonló helyzetnek tekinthetünk egy járványügyi zárlat elrendelését is, ugyanis a járványügyi zárlat alá helyezett személyek sem hagyhatják el a zárlat céljával kijelölt helyet.

Pszichiátriai beteg esetében is lehet korlátozni az intézmény elhagyásának jogát akkor, ha állapota miatt akár saját, akár mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné azzal, ha az egészségügyi intézményt önként elhagyná, idő előtt fejezné be a terápiát, gyógykezelését.

Egyszerűbb az eset, ha a beteg az önkéntes távozását előre bejelenti a kezelőorvosának, azaz jelzi, hogy a továbbiakban nem kívánja igénybe venni az egészségügyi szolgáltató ellátását, annak ellenére, hogy a gyógyítást végző orvos indokoltnak tartaná a gyógykezelését. Ebben az esetben a kezelést, gyógyítást végző szakorvos a beteg egészségügyi dokumentációjában rögzíti a beteg saját akaratából történő távozási szándékát. Ebben az esetben célszerű és egyben javasolt, hogy a beteg nyilatkozatot tegyen, melyben az önkéntes távozás tényét rögzítik; természetesen két tanú aláírása is szükséges a nyilatkozattétel során.

Amennyiben a beteg nem jelenti be előre az önkéntes távozási szándékát, hanem egyik pillanatról a másikra egyszerűen eltávozik az egészségügyi intézményből, ez esetben a kezelőorvosnak az egészségügyi dokumentációjában rögzíteni szükséges a távozás tényét, pontos időpontját.

Amennyiben a beteg állapota vagy tudati állapota olyan, hogy az önkéntes távozás a betegre nézve bármilyen hátrányos következményekkel járhat, akkor az illetékes hatóságokat haladéktalanul értesítenie kell az egészségügyi szolgáltató intézménynek. Értesíteni szükséges továbbá a törvényes képviselőt is, ha az önkéntes távozó cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképes, pszichiátriai beteg vagy kiskorú.

Fontos betegjogi szabály, hogy amennyiben a kezelőorvos úgy ítéli meg, hogy nincs tovább szükség a beteg gyógykezelésére, sor kerülhet otthonába bocsátására. Ennek várható időpontjáról 24 órával előbb tájékoztatni kell a beteget, illetőleg hozzátartozóját, hogy fel tudjon készülni arra, hogy hazamenjen, illetőleg a beteg fogadásának feltételei is megvalósuljanak (1997. évi CLIV. tv. 12.§ (1)).

5.8. Az orvosi titoktartáshoz való jog

A beteg egészségügyi ellátásában résztvevő személyeknek az ellátás során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait *bizalmasan* kell kezelniük, és azokat csak az arra jogosultakkal közölhetik. A kórházba történő felvételekor meg kell kérdezzék arról, kinek adható felvilágosítás, illetve kiket zár ki az egészségügyi adatainak részleges vagy teljes megismeréséből.

Orvosi titok a gyógykezelés során az adatkezelő tudomására jutott minden egészségügyi és személyes adat. Az adatkezelőre vonatkozik az orvosi titoktartás. Ez alól csak a beteg írásos hozzájárulása ad felmentést, illetve ha az adattovábbítás a törvény alapján kötelező.

5.9. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

Tapasztalatok is azt mutatják, hogy az orvos-beteg kapcsolatban jelentős szerepe van az egészségügyi dokumentációnak, mindkét fél érdeke, hogy az tisztán, érthető fogalmazásban jusson el az érintettekhez. A betegjogi megkeresések jelentős számban az egészségügyi dokumentáció megismerésére, annak kikérésére, másolására, kiadására, egyéb adatszolgáltatási kérések témakörére terjednek ki.

A beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait, illetve joga van ahhoz, hogy – a 135.§-ban foglaltak figyelembevételével – egészségügyi adatairól tájékoztatást kérjen, kapjon. Az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik.

A beteg joga:

- a) a gyógykezeléssel összefüggő adatainak kezeléséről tájékoztatást kapni,
- b) a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni,
- c) az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról saját költségére másolatot kapni,
- d) az egészségügyi intézményből történő elbocsátásakor zárójelentést (137.§) kapni,
- e) egészségügyi adatairól indokolt célra – saját költségére – összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt kapni.

A beteg jogosult az általa pontatlannak vagy hiányosnak vélt – rá vonatkozó – egészségügyi dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezni, amelyet a kezelőorvos, illetve más adatkezelő a dokumentációra saját szakmai véleményének feltüntetésével jegyez rá. A hibás egészségügyi adatot az adatfelvételt követően törölni nem lehet, azt úgy kell kijavítani, hogy az eredetileg felvett adat megállapítható legyen.

Amennyiben a betegről készült egészségügyi dokumentáció más személy magántitok védelméhez való jogát érintő adatokat is tartalmaz, annak csak a betegre vonatkozó része tekintetében gyakorolható a betekintési, illetve a (3) bekezdésben említett egyéb jogosultság. Cselekvőképtelen személy dokumentációjába való betekintési jog a 16.§ (1)–(2) bekezdései szerinti személyt illeti meg.

A beteg jogosult az adott betegségével kapcsolatos egészségügyi ellátásának ideje alatt az általa meghatározott személyt írásban felhatalmazni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba való betekintésre, illetve arra, hogy azokról másolatot készíttessen.

A beteg egészségügyi ellátásának befejezését követően csak a beteg által adott teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban felhatalmazott személy jogosult az egészségügyi dokumentációba való betekintésre, és arról másolat készítésére.

A beteg halála esetén törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról – saját költségére – másolatot kapni. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének és védelmének részletes szabályait külön törvény állapítja meg (1997. évi CLIV. törvény 24.§(1)).

5.10. Az orvosi kezeléssel, ellátással kapcsolatos panasz kivizsgálásának joga

Az egészségügyi törvény rendelkezik a betegek panaszainak kivizsgálásáról. Ha a beteg úgy érzi, hogy egészségügyi ellátása során az őt megillető jogokat nem gyakorolhatja, jogai sérelmet szenvedtek, akkor panaszt tehet vagy az egészségügyi szolgáltatónál, vagy az egészségügyi szolgáltató fenntartójánál. Ez persze nem jelenti azt, hogy a beteg egyéb jogorvoslati lehetőségeket ne vehetne igénybe.

5.11. A betegek kötelezettségei

Magyarországon a betegek kötelezettségeiről is rendelkezik az egészségügyi törvény, amely több pontban is hasonlóságot mutat más országok szabályozásával. A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és intézményi rendet. A beteg – amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi – köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint az alábbiak szerint együttműködni:

- a) tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,
- b) tájékoztatni őket – saját betegségével összefüggésben – mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,
- c) a népjóléti miniszter rendeletében foglalt fertőző betegségek esetén megnevezni azon személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphatta, illetve akiket megfertőzhetett,
- d) tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról,
- e) a gyógykezelésével kapcsolatban tőlük kapott rendelkezéseket betartani,
- f) az egészségügyi intézmény házirendjét betartani,
- g) a jogszabály által előírt térítési díjat megfizetni,
- h) jogszabályban előírt személyes adatait, hitelt érdemlően igazolni (1997. évi CLIV. törvény 26.§ (1)).

5.12. Az egészségügyi személyzet jogai és kötelezettségei

Nem lenne teljes a tanulmány abban az esetben, ha kizárólag a betegjog törvényi vonatkozásai kerülnének előtérbe, nagyon fontos a betegjogokat illetően az egészségügyi dolgozók jogairól és kötelezettségeiről is szólni, hiszen ezek egy része mintegy tükörjogosítványként kötelezi és jogosítja a betegeket is.

Az egészségügyi dolgozó munkaidejében a területi ellátási kötelezettségének körébe tartozó beteg megfelelő ellátásáról szakmai kompetenciájának és felkészültségének megfelelő módon gondoskodni köteles. Az orvosi szakképesítéssel nem rendelkező egészségügyi szakdolgozó a hozzá forduló beteg vizsgálatáról kompetenciájának keretei között saját maga, illetőleg ezt meghaladó esetben az erre jogosult orvos értesítése mellett gondoskodik.

Az orvos a hozzáforduló beteget megvizsgálja, majd a vizsgálat eredményétől függően a beteget ellátja, vagy ha ehhez nincsenek meg a szükséges feltételek, akkor más orvoshoz, illetve egészségügyi szolgáltatóhoz irányítja. A vizsgálatnak egyébiránt ki kell terjednie a kezelőorvos tudomására jutott valamennyi panaszra, a kórelőzményre és a beteg gyógyulását befolyásoló egyéni körülmények feltárására.

Amennyiben a beteg kezelőorvos akadályoztatva van, a beteg ellátásáról másik orvos útján kell gondoskodni, akinek kötelezettsége, hogy a beteg egészségi állapotával kapcsolatos eseményekről a kezelőorvost megfelelő időben és módon tájékoztatni. A folyamatos ellátás érdekében az egészségügyi dolgozónak munkáltató rendelkezései és a jogszabályok keretei között, készenlétben kell állnia, illetve ügyeleti feladatot kell ellátnia.

Sürgős szükség esetén az egészségügyi dolgozó – időponttól és helytől függetlenül – az adott körülmények között, a tőle elvárható módon és a rendelkezésre álló eszközöktől függően az arra rászoruló személynek elsősegélyt nyújt, illetőleg a szükséges intézkedéseket haladéktalanul megteszi. Kétség esetén a sürgős szükség fennállását vélelmezni kell (1997. évi CLIV. törvény 125–128. §).

A kezelőorvos a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint tájékoztatja a beteget annak egészségi állapotáról. Cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképese személy esetén a törvényben meghatározott személyt is tájékoztatnia kell. A szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával.

Jelentős jogosultsága továbbá az orvosnak az ún. terápiás privilégium. Eszerint a beteget körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel tájékoztatja. Amennyiben az orvosnak alapos oka van feltételezni, hogy a teljes körű tájékoztatás a beteget olyan állapotba sodorhatja, hogy nem lenne képes önmaga érdekében racionális döntéseket hozni, akkor a sokkoló információkat fokozatosan, a beteg lelkierejének megfelelően hozhatja a páciens tudomására. Ezen kívül – ha szükséges – gondoskodni kell a lelki gondozásról (1997. évi CLIV. törvény 134–135. §).

A kezelőorvost különleges jogok illetik meg. A tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek közül – a hatályos jogszabályok keretei között – szabadon választhatja meg az adott esetben alkalmazandó eljárást, persze a beteg beleegyezése néhány kivételtől eltekintve elengedhetetlen. Követelmény továbbá, hogy a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával való kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen.

A kezelőorvos az ellátás keretében jogosult a közreműködő egészségügyi dolgozónak utasítást adni, aki köteles azt végrehajtani. Ha az egészségügyi dolgozó véleménye szerint a végrehajtás a beteg állapotát kedvezőtlenül befolyásolná, vagy más aggály merül fel, azt azonnal a kezelőorvos tudomására kell hoznia.

Ha viszont a végrehajtás a beteg életét veszélyeztetné, vagy a gyógykezeléshez nem szükségszerűen kapcsolódó maradandó egészségkárosodást okozna, köteles azt megtagadni, és erről a kezelőorvost egyidejűleg tájékoztatni (1997. évi CLIV. törvény 129–130 §).

Az orvos a beteg vizsgálatát megtagadhatja, de a beteget más orvoshoz kell irányítani, ha:

- más beteg ellátásának azonnali szükségessége miatt akadályoztatva van,
- a beteghez fűződő személyes kapcsolata miatt.

Az orvos a beteg ellátását a vizsgálat után megtagadhatja:

- ha a beteg orvosi ellátására nincs szükség,
- ha beutaló orvos által javasolt vagy a beteg által kért kezelés szakmailag nem indokolt,
- ha a szükséges ellátáshoz nincsenek meg a megfelelő személyi – tárgyi feltételek,
- ha a beteg állapota azonnali ellátást nem igényel és az orvos későbbi időpontra visszarendeli,
- ha az adott ellátás az orvos erkölcsi felfogásával, lelkiismereti vagy vallási meggyőződésével ellenkezik,
- ha a beteg súlyosan megsérti együttműködési kötelezettségét,
- ha vele szemben a beteg sértő vagy fenyegető magatartást tanúsít, feltéve, hogy ezen magatartását nem betegsége okozza,
- ha az orvos életét vagy testi épségét a beteg magatartása veszélyezteti.

Az orvos köteles a beteg ellátásának megtagadására, ha:

- az jogszabályba vagy szakmai szabályba ütközik,
 - arra saját betegsége vagy egyéb gátló körülmény miatt fizikailag alkalmatlan
- (1997. évi CLIV. törvény 131–133 §).

Az egészségügyi dolgozó a foglalkozásával kapcsolatos tevékenységek végzése során közfeladatot ellátó személynek minősül. Az egészségügyi dolgozó jogosult és köteles szakmai ismereteinek folyamatos továbbfejlesztésére. (Az orvosok és a szakdolgozók rendszeres és kötelező továbbképzéséről és a megszerzett – ún. kredit – pontok nyilvántartásáról külön jogszabály szól.)

5.13. Civil szervezetek feladatai a betegjogok érvényesítése során

A különböző civil szervezetek az egészségügyben, a betegjogok területén igen jelentős szerepet töltenek be napjainkban, de már az 1990-es években a formálódó egészségügyi ellátásban is kiemelkedő jelentőségű volt tevékenységük.

A „Szószóló Alapítvány a Betegek Jogaiért” 1994-ben alakult Budapesten. Tagjai jogászok, orvosetikusok, orvosok, szociológusok. A „Szószóló Alapítvány” fő célkitűzései:

- Vizsgálja a hazai betegjogokkal kapcsolatos szabályozást és gyakorlatot, és ha szükséges, javaslatot tesz azok megváltoztatására.
- Segítséget nyújt a betegjogokkal kapcsolatos új megoldások kidolgozásához és hazai bevezetéséhez.
- Együttműködik más hazai, illetve külföldi betegjogi szervezetekkel.
- A fontosabb betegjogokat érintő kérdésekről tájékoztatja a nyilvánosságot.

A „Szószóló Alapítvány” fenti céljainak megvalósítása érdekében a kölcsönös párbeszéd eszközeit felhasználva vitafórumokat és konferenciákat rendez, valamint nyitottan közelít minden, a témához kapcsolódó kezdeményezéshez és támogatja azokat. A „Szószóló Alapítvány” államhatalmi szervektől és pártoktól függetlenül működő non-profit szervezet.

5.14. Bioetikai törekvések a betegjog szolgálatában

A bioetika a modern orvostudomány, biológia, demográfia, környezetvédelem által felvetett erkölcsi kérdések szisztematikus tanulmányozása.

Magában foglalja a hagyományos orvosi, fogorvosi és gyógyszerészetikát, a nővéretikát, és általában véve az egészségügyi dolgozók etikáját, de több is ezeknél. Az emberi egészséggel kapcsolatos etikai problémák globális, interdiszciplináris megközelítést jelent (KOVÁCS J. 1999).

Az etikai és jogi kérdések általában nem választhatók szét élesen, ugyanis az etika inkább tartalmazza a beteg íratlan jogait, a jog pedig inkább meghatározza a beteggel foglalkozók ténykedésének szabályait.

Már a szocialista rendszer összeomlása előtt megjelentek olyan írások az orvosi etika területén, amelyek síkra szálltak a betegek sokkal nagyobb autonómiájáért, a sorsukkal kapcsolatos döntésekbe való bevonásukért (BLASSZAUER B. 1980).

A rendszerváltást követő években egyre több kritikai analízis jelent meg az orvosi etika alapvető kérdéseivel kapcsolatban. Ezek között első helyen természetesen a betegek jogai szerepeltek. E jogok között hangsúlyozottan szóltak és írtak a betegtájékoztatás abszolút szükségességéről, az önrendelkezési jog és az emberi méltóság tiszteletben tartásáról. A 1990-es években megjelent emberi és betegjogi civil szervezetek, alapítványok komoly erőfeszítéseket tettek és tesznek az egészségügy etikai szintjének emeléséért és az egészségügy demokratizálásáért.

Mivel az orvos a hagyományos „hajóskapitány” szerepébe helyezte magát, magától értetendőnek vélte, hogy a beteg kötelessége az orvosi utasítások követése. Losonczy Ágnesnek igaza volt, amikor azt írta, hogy az „embernek, amikor beteg, még annyi joga sincs, mint amikor elromlott mosógépét akarja megjavíttatni”. (LOSONCZI Á. 1999). Ma még mindig nem állíthatjuk, hogy a betegek érdekvédelme végett mind az anyagi forrásokat, mind a képviselőket a megfelelő szintre és helyre emelte volna kormányzatunk.

Etikai, egyben jogi kérdésként merülhet fel a hálapénz kérdése. A paraszolvencia sajátos magyar jelenség, de az általános vélekedéssel ellentétben nem a szocializmus terméke, hanem gyökerei visszanyúlnak a két világháború közötti időszakba. A II. világháború után, a biztosítási piac államosítása során keletkeztek azok a tényezők, amelyek megerősítették a korábbi folyamatokat, általánossá téve a hálapénzrendszert.

Az állampolgárokat megosztottá teszi a hálapénz kérdése. Vannak, akik elfogadhatatlannak, tűrhetetlennek, minden baj okának tartják. Ők olyan rendszert szeretnének, amelyben nem kell hálapénzt fizetni. Mások szerint az alulfinanszírozott egészségügyet működteti a hálapénz, pótolva azt a jövedelmet, amelyet az orvosok a szegény közkasszától nem kapnak meg.

A ma embere tisztességes áron, tisztességes árut, szolgáltatást akar kapni a pénzéért. Jelen esetben pont a beteg a legkevésbé alkalmas arra, hogy számon kérjék tőle, hogy adott, vagy éppen nem adott hálapénzt az ellátása során. A beteg kiszolgáltatott, és szorong akkor is, ha fizet.

Az egyes bánásmódbeli anomáliákért, a műhibákért, a betegtájékoztatás hiányosságaiért stb. többnyire személy szerint meg lehet találni a felelősöket, de itt e kérdésnél van szó. Ez a „diagnózis” azt mutatja, hogy az egészségügyi rendszer az igazi beteg, ezért pedig elsősorban a politikai döntéshozó elit tehető felelőssé.

A fejlett országokhoz képest körülbelül feleakkora a hazai egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya, ráadásul Magyarországon a rendszerváltást követően az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított mértéke folyamatosan csökken: 1991-ben még a GDP-nek 5,5%-a, 1995-ben 4,4%-a, míg 1999-ben már csupán 4,3%-a volt (KSH, 2000).

Az államot terheli a felelősség azért is, mert a rendszerváltás óta nem sikerült olyan érdekviszonyokat teremteni a kórházi ellátásban, amelyek a minőségi betegellátást ösztönöznék. Ez megnyilvánult a betegjogi képviselők és az egészségügyi intézmények viszonyában is. A betegjogi képviselet ügyének tárgyalása során nem tehetjük zárójelbe az egészségügyi rendszer működésének kérdését, hiszen az orvos-beteg kapcsolatot, annak struktúrája, érdekeltségi viszonyai alapvetően meghatározzák.

Érdekeltek-e a kórházak és az ott dolgozók a betegjogi képviselők jelenlétében? Az egészségügyi rendszer szak- és kórházi ellátást biztosító szintjén senki sincs érdekeltté téve a betegjogi képviselet működésében. Egyrészt külföldre viszonyítva arányaiban Magyarországon még kevesen fordulnak jogorvoslatért bírósághoz, és a bíróság is csak igen szerény kártérítési összeget szokott megítélni a betegnek, így a kórházak menedzsmentje többnyire közömbös az iránt, hogy létezik egy fórum, ahol peren kívül meg lehet egyezni. Másrészt, az ellátást biztosító személyzet a kórházban közalkalmazotti fizetést kap, amely nem függ az ellátott betegek számától, ezért nem érdekelték abban, hogy betegek elégedettek legyenek az általuk nyújtott szolgáltatással. Ezzel szemben a kórház bevétele, a homogén betegcsoportonkénti finanszírozás révén az alkalmazott kezelések számának függvénye. Ez a szituáció arra kényszeríti az egészségügyi személyzetet, hogy mennyiségben egyre többet teljesítsen.

A kórházi ellátás mókuskerekében szaladó orvosnak vagy nővérnek se ideje, se kedve a betegekkel való törődésre, és a rendszer logikájából adódóan nincs is velük szemben ilyen elvárás. A lényeg, hogy valahogy ellássák a beteget, és ezért a kórház megkapja az egészségpénztártól a pénzt.

Mai gondolkodásunk szerint be kell látnunk, hogy az orvosi etika, a bioetika, az orvosi jog és a tudomány belső tartalmi, lényegi és okozati kapcsolatban vannak egymással.

A jogok és kötelezettségek további pontosítása, valamint a betegjogok érvényre juttatása még sok munkát ad mind az orvosoknak, mind a betegeknek, de ez a fáradozás az emberi jogok még nagyobb mértékű érvényre jutását eredményezheti. Ez olyan cél, amelyért az új évezredben is érdemes dolgozni.

Kutatómunkám során tapasztaltam, hogy a pszichiátria területén a legnagyobb a lemaradás, mind a szakmai, mind az ellátási színvonalat illetően. A pszichiátriai kezelés alatt állók esetében különösen érvényesül a szakképzett munkaerő, az anyagi források hiánya. Az épületek igen rossz állapotúak, korszerűtlenek, a felszerelés, az ellátás a minimum feltételek alatt vannak.

A Magyar Köztársaság elismeri, és az Alkotmány, mint alaptörvény kimondja, hogy mindenki meghatározott, sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogokkal rendelkezik. Éppen ezért szükség van a betegjogi képviselőre, és a Kormánynak biztosítania kell az Alkotmányban rögzített jogok sérthetetlenségét, a fenntartásához szükséges megfelelő rendszert és annak működtetését.

Alaptörvényi szinten megfogalmazott a szociális biztonsághoz való jog is, az állampolgárok öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén jogosultak a megélhetésükhöz szükséges ellátásra.

Az élethez és az emberi méltósághoz való jog soha, semmilyen körülmények között nem korlátozható és nem függeszthető fel. Meg kell teremteni a betegjogok gyakorlásának feltételrendszerét, elő kell segíteni a kötelező egészségbiztosítási rendszer működését (POLECSÁK M. 1999).

A betegjogi képviselő egyik, törvényben szabályozott fő kötelezettsége, hogy segítse a betegeket a panasztételi eljárás során. A betegjogi képviselő illetékességi területéhez tartoznak mind a fekvő-, mind a járó-, mind az alapellátást igénybevevő betegek panaszügyei. A betegjogi képviselőnek kettős feladatot kell ellátnia az egészségügyi törvényben előírtak szerint.

A betegjogi képviselő ellátja egyrészt a betegek törvényben biztosított jogainak védelmét, másrészt segíti a beteget abban, hogy jogait jobban megismerje, panaszát tudja megfogalmazni. Esetenként képviseli a beteget – annak írásban tett meghatalmazása alapján – a különböző fórumokon, eljárási ügyeinek intézésében.

Fontos jogosítványa a betegjogi képviselőnek, hogy a betegek képviselete érdekében történő eljárás során – ha az adott egészségügyi szolgáltatónál jogsértő gyakorlatot vagy hiányosságokat tapasztal – az intézmény vezetőjének figyelmét kötelezően felhívja a jogsértés megszüntetésére. A betegjogi képviselő észrevételezését az egészségügyi szolgáltató tíz napon belül, a fenntartó 30 napon belül köteles érdemben megvizsgálni, és a vizsgálat eredményéről a betegjogi képviselőt tájékoztatni.

A panasszal élő beteg fordulhat az egészségügyi szolgáltató keretén belül működő etikai bizottsághoz is. Az etikai bizottság természetesen a felekre kötelező érvényű döntést nem hozhat, csak állást foglal és véleményt nyilvánít. Ha a beteg panaszbejelentése alapján történik a vizsgálat, akkor annak eredményéről tájékoztatja a beteget és jelzéseként az egészségügyi szolgáltatót.

Finnországban a parlamenti ombudsman hivatala az, amelyhez minden formakényszer-től mentesen lehet levélben fordulni, és amelynek minden ügyet ki kell vizsgálnia. A magyarországi törvényalkotás ezt a törvényt is átvette a betegjogi képviselő feladatkörének meghatározása során. Finnország nem csupán az első európai betegjogi törvény megalkotásával vállalt kiemelkedően új szerepet, hanem az első ország volt, amely törvényileg előírta, hogy minden egészségügyi intézményben be kell vezetni a betegjogi képviselő, betegjogi ombudsman intézményét. A jelenleg mintegy 5,2 milliós lakosságú országban több mint 2000 betegjogi képviselő működik, bár nagyrészüket csak másodállásban tölti be a pozíciót.

A finn betegjogi képviselők leginkább olyan szociális dolgozók és nők közül kerülnek ki, akik egyébként is az adott intézményben dolgoznak.

Hazánkban a betegjogi rendszer hasonlóan ugyan, de nem teljesen a finn példa alapján valósult meg. A mára már jól kikristályosodott rendszerben a betegjogok érvényesítésének e formájához a létszám nem elegendő (jelenleg is csak ötven betegjogi képviselő látja el feladatait országos szinten), arról nem is beszélve, hogy valóban az ombudsmani intézményhez kellene, hogy jogilag-szervezetileg is kapcsolódjék a szervezet, ehelyett 2000. június elsejétől 2004. április elsejéig az ÁNTSZ, jelenleg pedig a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány Iroda működteti a jogvédő képviseleti rendszert.

A betegjogi képviselő jogállásáról és az eljárásra vonatkozó szabályokról rendelkező 77/1999. (XII. 29.) és az azt módosító 27/2001. (VIII. 22.) EüM rendelet alapvetően a fekvőbeteg szakellátást végző egészségügyi szolgáltatóknál megforduló betegek számára biztosítja a betegjogi képviselő elérhetőségét, de természetesen az alapellátás, valamint a járóbeteg szakellátás betegei is igénybe vehetik a képviselőt, egyenlőre csak a meghatározott fekvőbeteg egészségügyi szolgáltatók által biztosított helyiségekben és fogadóórán.

A betegjogi képviselők munkáját egyre többen veszik igénybe, a megszorított esetszám egyre több időt kíván, így kezd kevéssé válni a feladathoz rendelt óraszám (ez régió-függő betegjogi óraszámokat jelent, ebben a konkrét esetben a biztosított óraszám 100 óra/hónap), valamint jellemző az esetszám növekedéséből adódó (főként dologi) többletköltség.

Figyelemre méltó, hogy a betegjogi képviselő működésére elkülönített forrás már a szervezet működésének megkezdésekor is jól láthatóan kevésnek bizonyult. Az eltelt öt év alatt egyértelművé vált, hogy ebben a formában és működési fedezettel a működőképesség, az intézményrendszer is veszélybe kerülhet.

A betegjogi képviselők munkáját működésük megkezdését követően 2004 január elsejéig, a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány kodifikálásáig a Betegjogi Koordinációs Tanács (BKT) segítette, aminek létrehozására ágazati rendelet adott utasítást.

A speciális betegcsoportok – pl. a büntetés-végrehajtási intézetekben lévő megfigyelték – betegjogaival kapcsolatos problémák kezelésére a BV Országos Parancsnokság egészségügyi főosztályvezetőjének egyetértésével került kiterjesztésre a betegjogi képviselő. (Ennek gyakorlati megvalósulásáról azonban semminemű információval nem rendelkezünk.)

A Betegjogi Koordinációs Tanács nyilatkozott, hogy nem megengedhető magatartásnak bizonyul az, ha a betegjogi képviselő e minőségében bármilyen módon együttműködik ügyvédekkel. Ha a beteg ügye – jellege miatt – jogi képviselő igénybe vételét teszi szükségessé, a betegjogi képviselő nem ajánlhat kifejezett kérés esetén sem ügyvédet (FELMÉRAI I. 2001).

A Közalapítvány Budapest központú intézményi irányítást jelent, maga a Közalapítvány „forma” pedig egyáltalán nem rendelkezik azzal a tekintélyelvűséggel, amelyet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat biztosított a betegjogi képviselő számára az intézmények esetében.

Ahhoz, hogy a betegjogi képviselet, valóban elfoglalja megfelelő helyét a struktúrában, szükséges lenne, hogy az ombudsmani hivatalhoz (Állampolgári Jogok Országos Biztos Hivatalához) kapcsolódják.

6. Betegjogok érvényesülése Magyarországon

6.1. A betegjogok érvényesítésének lehetőségei

A betegjogok érvényesítésének elősegítése érdekében az egészségügyi törvény az egészségügyi szolgáltató intézmények kötelezettségeként írja elő, hogy a beteg a betegjogokról megfelelő tájékoztatást kapjon.

Ez a gyakorlatban úgy valósul meg, hogy a beteg, amikor az illetékes egészségügyi ellátást igénybe veszi, már a kórházba kerülés kapcsán egy betegtájékoztatót kap, amelyben a szükséges betegjogokkal kapcsolatos tudnivalók megtalálhatók.

Természetesen az írásban átadott ismeretek nem elegendők, az adott időben és alkalommal mind az orvosoknak, mind a szakdolgozóknak szóban a megfelelő kompetenciák szerint az ellátással összefüggő tájékoztatást kell biztosítani a beteg számára. Garanciális szabályként került az egészségügyi törvényben megfogalmazásra, hogy amennyiben a beteg úgy látja, hogy az egészségügyi szolgáltatás során az őt megillető jogok sérültek, akkor azonnal panaszt tehet az egészségügyi szolgáltató vezetőjénél.

A beteg gyógyító célú orvosi tevékenységet vár el az orvostól, az orvos ezen igénynek tesz eleget. Az orvos erre irányuló működése tehát valójában az ember egészségéhez való jogát kívánja szolgálni. A beteg és az orvos – mint jogalanyok – jogosultságainak és jogi kötelezettségeinek konkrét kölcsönös viszonya jön így létre. Ez egy innominált jogviszony, mert az orvos csak gyógyító eljárásra vállalkozhat, de arra nem, hogy a beteget meg is gyógyítsa – meg tudja gyógyítani –, mivel az ember szervezetének bonyolult volta következtében nem tudható, vajon a beavatkozás milyen következményekkel jár; eredményes lesz-e vagy hátrányos hatást vált ki, nem kell-e áttérni egy más módozatú beavatkozásra.

Az orvosi beavatkozás eredményessége érdekében a betegnek és az orvosnak – a polgári jognak magatartás-etikai mércéjével összhangban – a jóhiszeműség és a tisztesség követelményeinek megfelelően kölcsönösen együtt kell működni.

A sérelmet észlelő beteg a betegjogi képviselőnél vagy az egészségügyi szolgáltató fenntartójánál panaszbejelentéssel élhet a kórház vezetésénél, etikai bizottságánál, panaszbejelentést tehet az Orvosi Kamara Etikai Bizottságánál, valamint a területileg illetékes ÁNTSZ felé is bejelentést tehet. Természetesen egyéb jogorvoslati lehetőségekkel is élhet a beteg. Így fordulhat akár a Közvetítői Tanácshoz, és polgári peres eljárást is indíthat.

Az egészségügyi törvény a betegjogok érvényesítésének jogintézményei között nevesíti a Közvetítői Tanács intézményét, amely arra hivatott, hogy a beteg és az egészségügyi szolgáltató között kialakult konfliktust rendezze.

A közvetítői eljárás lényege, hogy a beteg és egészségügyi szolgáltató az évekig is elhúzódó peres eljárások helyett igénybe vehetnek egy általuk választott, független közvetítői tanácsot, és ha ott egyezség születik a közöttük felmerülő jogvitában, akkor az ugyanolyan jelentőséggel bír, mint ha egy jogerős bírósági ítélet született volna közöttük, és így időt és jelentős perköltséget takaríthatnak meg. Különösen nagy jelentősége lehet a peren kívüli egyezség megvalósulásának mai életünkben akkor, amikor arról tájékoztathatjuk a feleket, hogy a jövő évben drágul az igazságszolgáltatással összefüggő illetékek összege.

Az egészségügyi közvetítői eljárás nem csupán az úgynevezett „műhibás” egészségügyi vonatkozású jogvitákban vehető igénybe, hanem a betegjogok érvényesülése, az adatvédelem területén is jogorvoslati intézményként működhet, ezzel is gyorsítva a konfliktusok, jogviták elrendezését, mindkét fél megelégedésére.

Meg kell jegyeznünk azt a tényt, hogy az úgynevezett „műhibás” pereket a magyar jog nem ismeri ezzel a kifejezéssel, ilyen meghatározás, hogy „műhiba”, nem nevesített jogrendszerünkben, csupán a köznyelvben terjedt el így. Az „orvosi műhiba” fogalmát általános értelmezéssel úgy határozzák meg, hogy: „téves diagnózis miatt, valamint helytelen kezelés vagy műtét folyamán elkövetett hiba, amelynek következtében a beteg állapota súlyosbodik, esetleg végzetessé válik”. Avagy röviden: „szakmai tévedés, téves eljárás”. (Magyar nyelv értelmező szótára, 1996).

A kezdeti lendület után mind az egészségügyi szolgáltatókat, mind a betegjogi képviselőket belátták, hogy annak ellenére, hogy az Igazságügyi Orvosszakértői Intézet által szervezett mediátori tanfolyamokon elsajátítottak az érdemi munkát lehetővé tennék, de ez a beteg szolgáltató jogintézmény gyakorlatilag nem működik.

Az egészségügyi törvény eljárási szabályokat is megfogalmaz a betegpanaszok kivizsgálásával kapcsolatban.

Az egészségügyi fenntartónak, az egészségügyi szolgáltatónak a beteg által előterjesztett panaszt tíz munkanapon belül kell kivizsgálnia, és a beteget az eredményről, a tett intézkedésekről írásbeli formában kell tájékoztatni. Annak érdekében, hogy a beteg a kórházi etikai bizottsághoz fordulhasson, célszerű már a betegtájékoztatásban ismertetni a kórház etikai bizottságának címét, elérhetőségét.

További lehetőség a Magyar Orvosi Kamara (MOK) Etikai Bizottságánál panaszt tenni. Az Orvosi Kamarán belül létrehozott Etikai Bizottság feladata az orvosi hivatással összefüggésbe hozható, etikai, erkölcsi, szakmai szabályok megsértésének vizsgálata, amennyiben indokolt, az orvosi etikai vétség megállapítása. Az Etikai Bizottság 15 napos eljárási határidőn belül, tárgyalás keretében dönt a panaszbeadvánnyal kapcsolatosan, ahol mindkét érintett fél meghallgatásra kerül, valamint bizonyítási eljárásra is sor kerülhet.

A Kamara mellett működő Etikai Bizottság már határozatban dönt a panaszbeadvány ügyében. A határozatban vagy megállapítja az etikai vétség megvalósulását, vagy elutasítja, ha a meghallgatás, a vizsgálat nem igazolta a panaszos által megfogalmazottakat. „A panaszos panasszal élhet a tulajdonosi fenntartónál. A tárgyi feltételrendszert a tulajdonosnak kell biztosítania” – mondja ki a törvény.

Mára gyakorlattá vált, hogy az egészségügyi szolgáltatást végző önkormányzati intézmények esetében az egészségügyi bizottságok meghívják a betegjogi képviselőt, ahol évente egy alkalommal a működési területén szerzett tapasztalatairól számol be. Ez a helyes gyakorlat sajnálatos módon nem jellemző sem a minisztériumi, sem pedig az egyéb fenntartású (magán, egyházi) kórházakra.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat feladata, hogy felügyelje az egészségügyi intézmények működésére vonatkozó szabályok érvényesülését, szakmai felügyeletet lát el az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények tevékenysége felett. A jogszabályi környezet éppen ezért teszi lehetővé, hogy a panaszos közvetlenül fordulhat a területileg illetékes tisztiorvosi szolgálathoz is. Ha a beteg panaszbejelentéssel él, akkor az ÁNTSZ igazgatási és koordinációs feladatai között végzi el a panaszbejelentéssel összefüggésben lévő vizsgálatot.

A beteg Bírósághoz is fordulhat, ha az egészségügyi szolgáltatás minősége vagy az egészségügyi szolgáltatás a betegjogokat, az adatvédelemre vonatkozó szabályokat sértette, vagy számára valamilyen kárt, hátrányt okozott.

Ebből kifolyólag betervezheti igényét vagyoni és nem vagyoni kártérítésre.

Az egészségügyi szolgáltatók mellett a felelősségbiztosító intézményeknek is komoly szerepük van. A felelősségbiztosító intézmények fizetik ki az eljárás során megítélt, meghatározott összegeket, tehát megnőtt szerepük, egyben felelősségük is a jogügyletek során. Ebből adódóan ma kevés a biztosító intézmény, amely felelősségbiztosítást felvállal, ezért a jövő feladta lesz, hogy kiépüljön egy olyan rendszer, amely garantálja is a kártérítés összegéhez való jutást.

Ugyancsak itt léphet közre a korábban már említett KT joggyakorlatában a peren kívüli egyezség, ez esetben ugyanis a biztosítót a folyamatból ki lehet hagyni, ezáltal annak éves díjtételeire a panaszos ügyek száma nem lesz kihatással.

6.2. Akadályok a betegjogok érvényesítésében

A betegjogok érvényesítése különböző akadályokba ütközhet. A betegjogi képviselőnek nincsenek olyan a jogosítványai, amelyek a hatékonyság növelését eredményezhetnék. Az egészségügyi törvényben megfogalmazottakon túl nincs más lehetősége, csak az észrevételezési jog gyakorlása, amely vagy eredményes vagy nem. Különösen jelen időszakban – amikor közalapítványi struktúrában végezzük feladatainkat – láthatóan és érezhetően csökkent az egészségügyi szolgáltatók esetében az az együttműködési szándék, amely a korábbiakban a hatósági (ÁNTSZ) háttér végett egyértelműen jól működött.

Hasonlóan jól ismert helyzet, hogy az egészségügyi dolgozók nincsenek tisztában azzal, hogy munkájukra jogi előírások is vonatkoznak, és személyes elképzeléseik vannak a betegekkel való kapcsolatukról.

Ebben az esetben egyébként felvethető a jogalkotó felelőssége, aki – miután megalkotta a betegjogi szabályokat – nem gondoskodik arról, hogy az egészségügyben dolgozók megismerjék kötelezettségeiket. Kevés az olyan munkáltató, amely az egészségügyi dolgozó belépésekor a munkaszerződés mellé ilyen irányú tájékoztatót is ad, holott később, esetleges jogvitáknál ez egyértelművé tenne bizonyos helyzeteket.

A betegjogok érvényesülése terén a jelek szerint még sok a tennivaló, ám jelentős eredmények könyvelhetők el az utóbbi évtizedekben. A szervezetek közös célja az, hogy a betegek megfelelő jogvédelmet kapjanak az egészségügyi szolgáltatás során (VAJDA A. 2001).

Az államigazgatási szerveknek, valamint az egyre erősödő civil szférának a betegjogok érvényesítésének elősegítése érdekében törekednie kell újabb mechanizmusok kidolgozására, valamint a működő intézmények folyamatos hatékonyságának előmozdítására, folyamatos felülvizsgálatára, tökéletesítésére, szükség esetén megváltoztatására.

Alapvető feladat az állampolgárok tájékoztatása a betegjogokról, valamint informálása e jogok érvényesítésének lehetőségeiről a kommunikáció minden eszközével (tv, rádió, nyomtatott sajtó bevonása, tájékoztató füzetek, plakátok terjesztése stb.).

Elengedhetetlen az egészségügyi intézmények támogatása, részükre irányelvek kidolgozása, útmutatók adása. Szükség van az egészségügyi dolgozók betegjogokkal összefüggő folyamatos tájékoztatására, etikai jogi képzésének megteremtésére, oktatóprogramok, továbbképzések szervezésére. Fontos az állami és civil szféra együttműködésének megteremtése, a civil szféra bevonása a döntéshozatalba, érdekegyeztetés (konferenciák, szakmai fórumok szervezése stb.).

A jelen tapasztalatai azt mutatják, hogy a betegjogi képviselői működőképessége igen fontos ma Magyarországon, azonban kizárólag azzal a feltétellel, ha a rendszer szigorúan az intézmény filozófiájának megfelelően épül fel, és az állampolgári ellenőrzésben civil szempontokat is igyekszik érvényesíteni.

Magyarország a nemzeti össztermék 5,7%-át költötte 2003-ban az egészségügyre, míg az EU-tagállamok átlagosan a GDP 7%-át. A csatlakozó országok között sem magas ez az arány, az Európai Unióban pedig csak Portugáliát előzzük meg ezen a téren.

6.3. A betegjogi képviselői rendszer területi képe és működésének jellemzői

A betegjogi képviselői rendszer alapvetően a megyei szintre épül, és jelen állapotában lefedi az ország mindazon településeit, ahol jelentősebb egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmény található. Jelenleg Budapesten 12, a megyékben összesen 37 fő lát el ilyen feladatokat, ami megyénként egy-három fő jelenlétét teszi lehetővé. A képviselők, amint azt a rendelkezésre álló, nem teljes körű adatokból meg lehet állapítani, többnyire egészségügyi vagy jogi végzettséggel bírnak, de ez koránt sem kizárólagos, találni köztük közigazdát, tanárt, és számos egyéb diploma birtokosát.

1. táblázat

A betegjogi képviseleti rendszer alapadatai, megyénként (2003)

(Szerk.: Antal Géza)

Megye	A betegjogi képviselők száma (2005)	kórházak száma	ágyak száma	fogadóóra/hét	1000 kórházi ágyra jutó fogadóóra
Baranya	2	10	3346	12	3,6
Bács	2	6	3491	24	6,9
Békés	2	4	2799	25	9,0
Borsod	3	12	5169	33	6,4
Csongrád	2	7	3502	8	2,1
Fejér	1	3	2830	24	8,3
Győr	3	5	3171	10	3,2
Hajdú	2	3	4369	26	5,8
Heves	1	5	2580	6	2,3
Jász	1	5	2762	15	5,4
Komárom	1	6	2116	6	2,8
Nógrád	2	4	1625	5	3,1
Pest	3	11	4548	26	5,7
Somogy	1	5	2344	5	2,1
Szabolcs	2	6	5010	18	3,5
Tolna	1	2	1654	20	12,1
Vas	3	5	1924	13	6,5
Veszprém	2	10	3194	27	8,5
Zala	3	6	2411	7	2,9
Főváros	12	45	23937	101	4,2
Összesen:	49	160	82782	409	4,9

Az ellátottsági különbségek akkor domborodnak ki erőteljesen, ha a betegjogi képviselők száma mellett fogadóóráikkal is számolunk, ami ugyan nem lehet abszolút mérőszáma az általuk végzett munkának, de mégis valamelyest orientáló jellegű. Ezt az adatot a kórházi ágyak számával összevetve viszonylag jelentős eltéréseket találunk, amelyek azonban nem minden esetben tükröződnek vissza a megkeresések számában.

A betegjogi képviseleti rendszer működését a betegjogi megkeresések adataival lehet leginkább mérni, amely területi bontásban így alakult 2003-ban (2. táblázat, 4. ábra)

2. táblázat

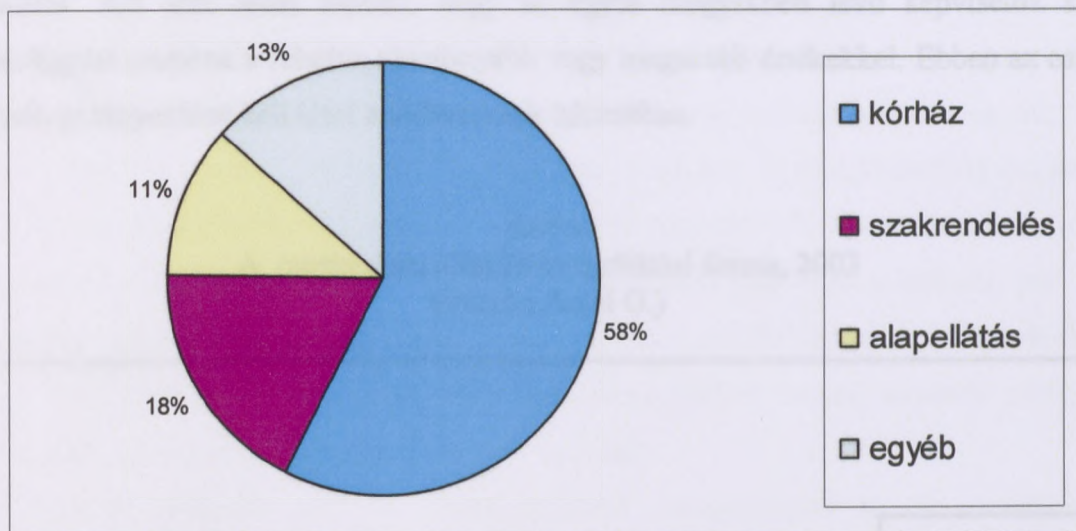
A betegjogi megkeresések megyék szerint, 2003 (%)

(Szerk.: Antal Géza)

Megye	Összes dokumentált megkeresés	Összes megkeresés megoszlása		
		Tájékoztatás	Megbízás	Anonim
Baranya	179	123	42	53
Bács-Kiskun	267	82	13	3
Békés	208	140	61	7
Borsod	629	461	144	28
Csongrád	381	149	216	78
Fejér	233	103	96	11
Győr-Moson-Sopron	105	79	41	32
Hajdú-Bihar	376	298	32	7
Heves	58	30	23	5
Jász-Nagykun-Szolnok	61	24	37	0
Komárom-Esztergom	120	97	10	13
Nógrád	-	-	-	-
Pest	139	82	14	13
Somogy	193	85	104	4
Szabolcs	330	241	55	40
Tolna	210	22	164	24
Vas	438	145	53	53
Veszprém	426	84	283	9
Zala	91	46	16	1
Főváros	2923	1719	529	493
Összesen:	7367	4010	1933	874

4. ábra

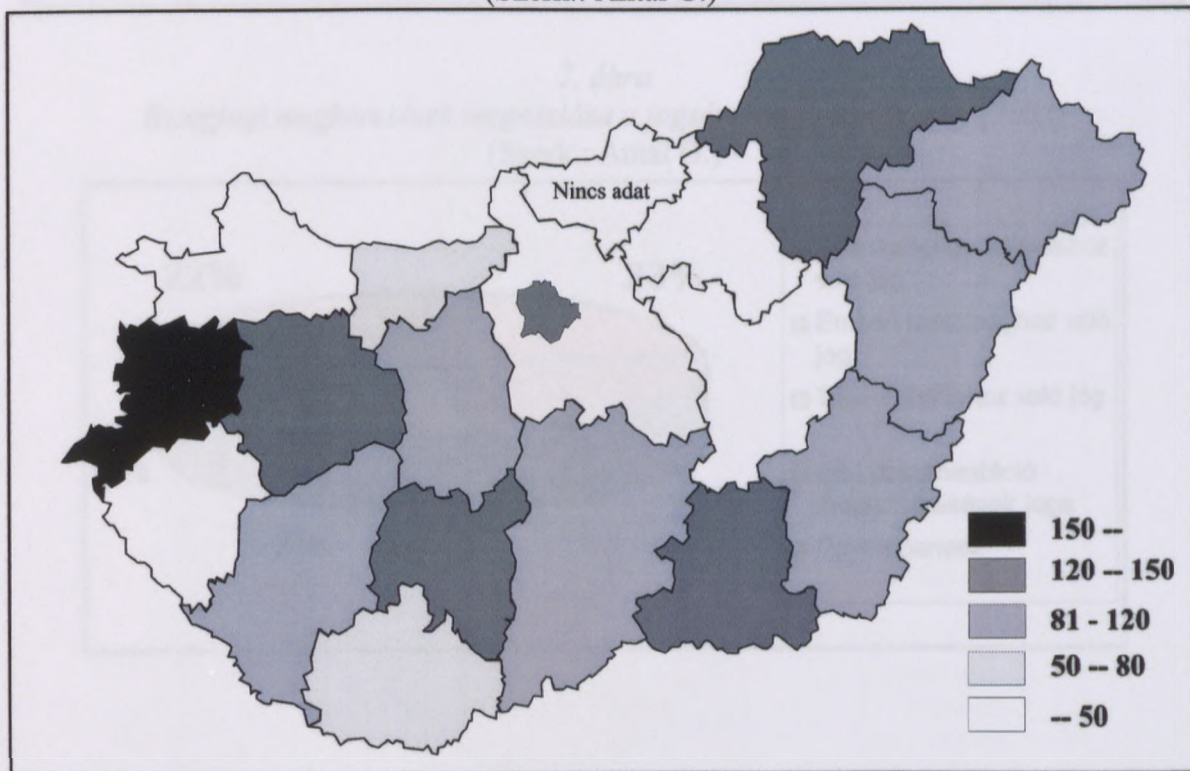
Dokumentált megkeresések megoszlása, 2003 (%)
(Szerk.: Antal G.)



A megkereséseket össze lehet vetni különböző, az ellátórendszer működését jellemző területi adatokkal. Ezek alapján a, az aktív kórházi ágyakra számított megkeresések számít megyei bontásban, az országos átlag százalékában mutatja az 5. ábra

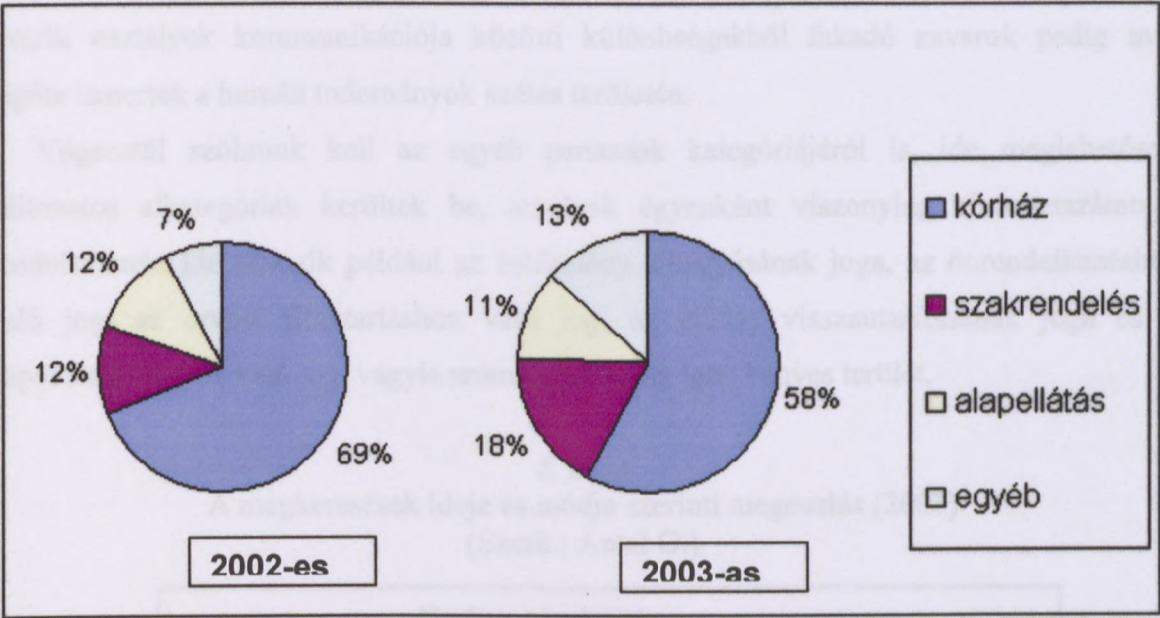
5. ábra

Betegjogi megkeresések száma 1000 aktív kórházi ágyra számítva, az országos átlag százalékos arányában, 2003
(Szerk.: Antal G.)

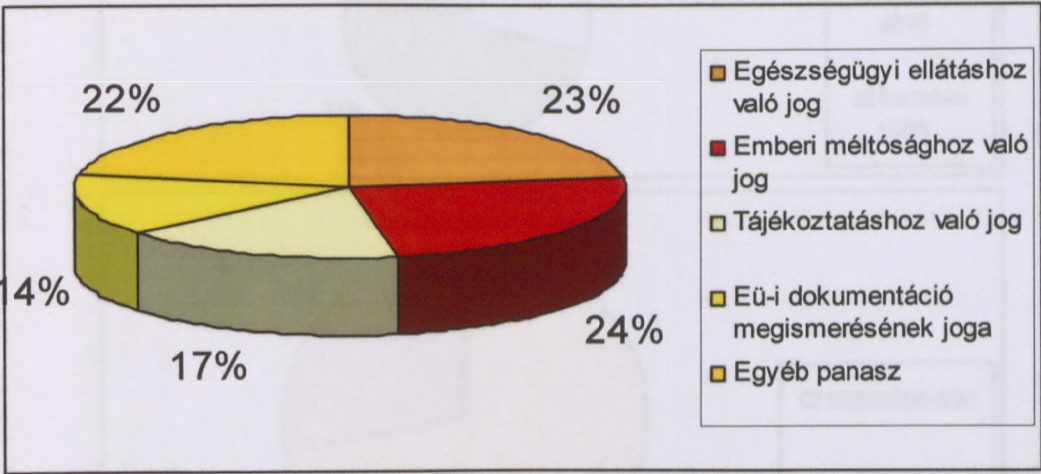


A megyék közül Vas megye aktivitása kiugró (242%). A nagy ágyszámmal rendelkező megyék (a klinikai központok, valamint Budapest) nem mutatnak kiemelkedően magas értékeket. Azt sem lehet állítani, hogy az egyes megyékben lévő képviselők száma összefüggést mutatna a relatíve alacsonyabb vagy magasabb értékekkel. Ebben az esetben személyes tényezőket kell látni a differenciák hátterében.

6. ábra
A megkeresés által érintett ellátási forma, 2003
(Szerk.: Antal G.)



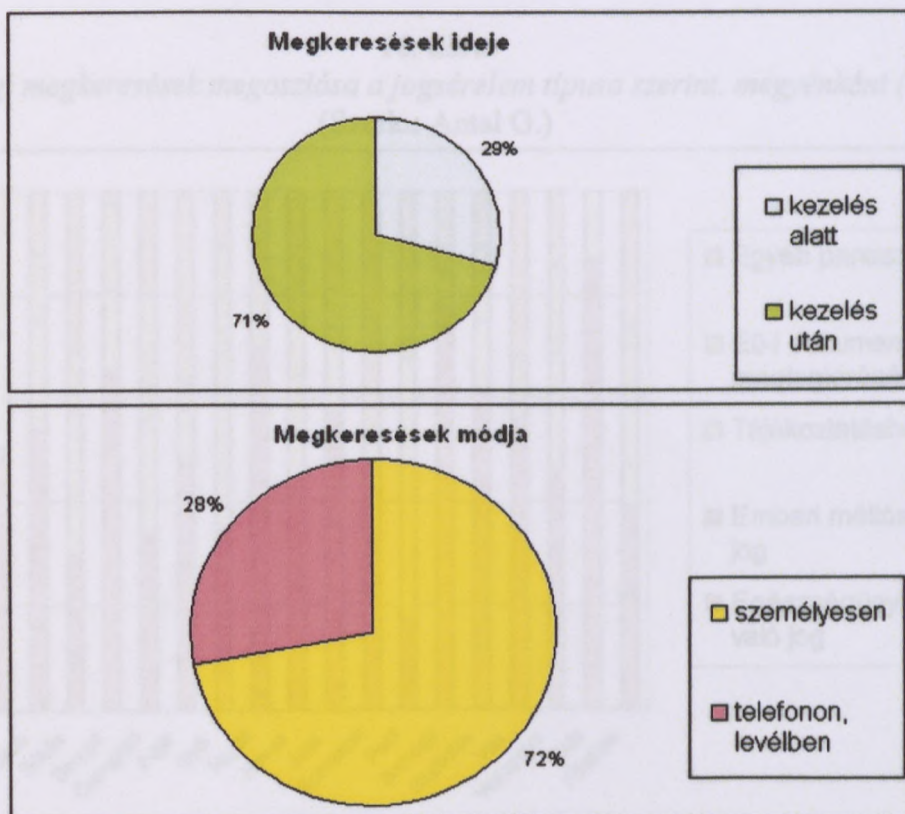
7. ábra
Betegjogi megkeresések megoszlása a jogsérelem típusa szerint (2003)
(Szerk.: Antal G.)



A betegjogi rendszerhez beérkező panaszok alapvetően négy nagyobb kategóriába sorolhatók. Országos szinten (7. ábra) a legtöbb panasz az emberi méltósághoz való jog sérelmével kapcsolatos, de ettől nem sokkal marad el a az egészségügyi ellátáshoz való jog sem. Az egészségügyi dokumentáció kérdése továbbra is neuralgikus, ha összeadjuk a tájékoztatáshoz való jog sérelmeivel, akkor kiderül, hogy összességében még mindig az információhiány jelenti a legnagyobb problémát. A betegek kiszolgáltatottság-érzete nem csekély részben ebből fakad, lényegében különböző nyelven, eltérő kódokkal kommunikál egymással a beteg és az orvos. A szakma kódrendszerét még azok a betegek sem értik, akiknek társadalmi státuszuk az orvosokéhoz hasonló. Az eltérő társadalmi rétegek, ha úgy tetszik osztályok kommunikációja közötti különbségekből fakadó zavarok pedig már régóta ismertek a humán tudományok széles területén.

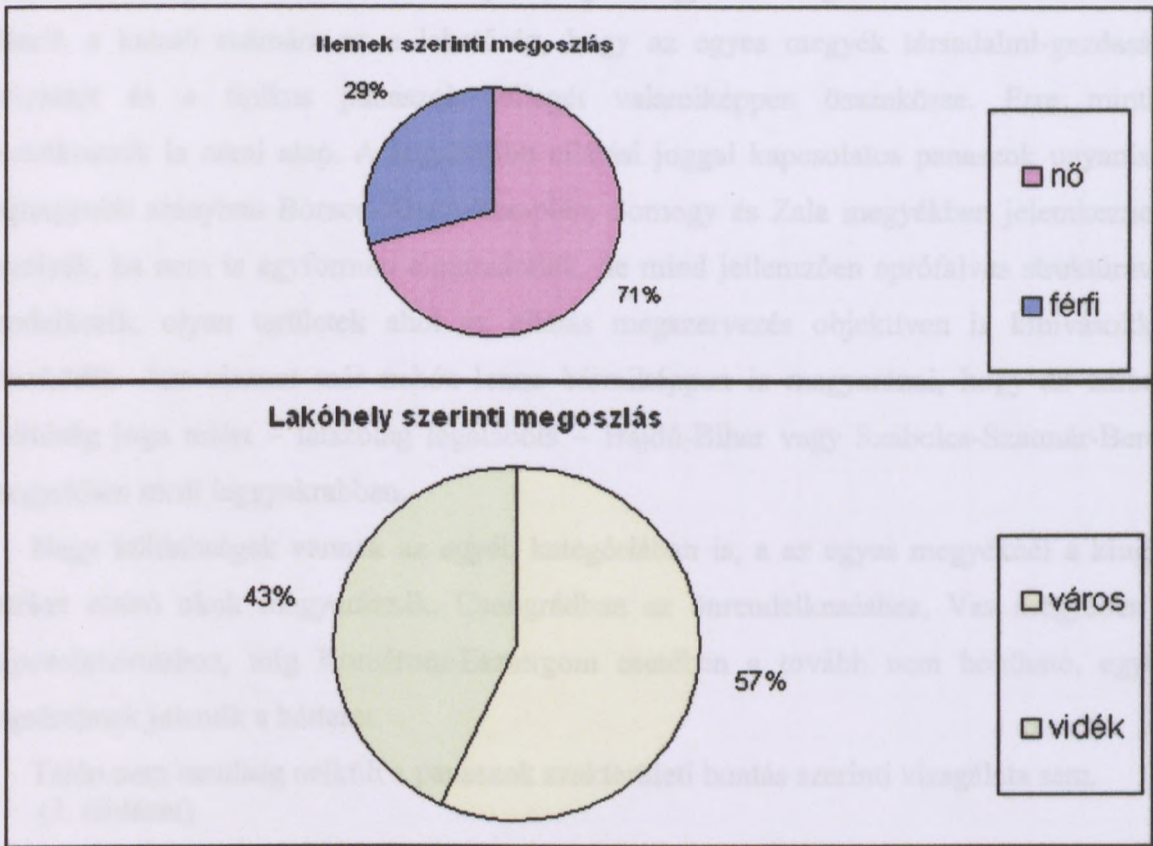
Végezetül szólnunk kell az egyéb panaszok kategóriájáról is, ide meglehetősen változatos alkategóriák kerültek be, amelyek egyenként viszonylag kis esetszámmal rendelkeznek. Ide tartozik például az intézmény elhagyásának joga, az önrendelkezéshez való jog, az orvosi titoktartáshoz való jog, az ellátás visszautasításának joga és a kapcsolattartáshoz való jog, vagyis számos, etikailag igen kényes terület.

8. ábra
A megkeresések ideje és módja szerinti megoszlás (2003)
(Szerk.: Antal G.)



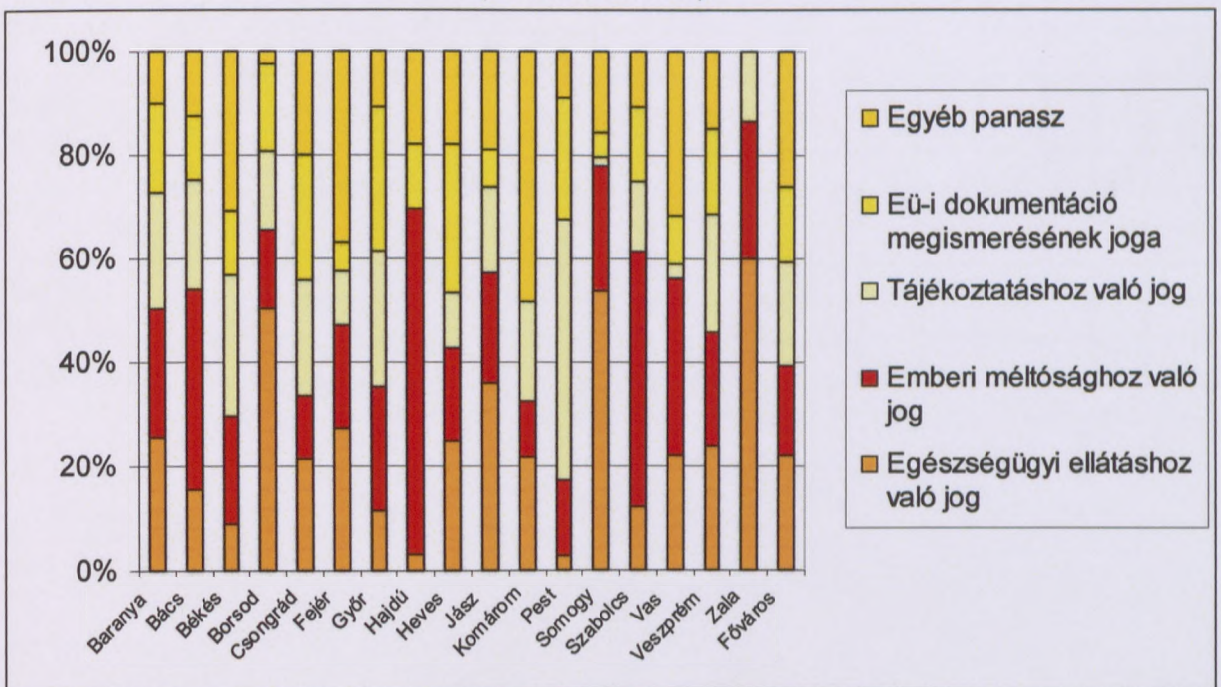
9. ábra

A panaszosok nem és lakóhely szerinti megoszlása (2003)
(Szerk.: Antal G.)



10. ábra

Betegjogi megkeresések megoszlása a jogsérelem típusa szerint, megyénként (2003)
(Szerk.: Antal G.)



Ha a fenti képet megyei bontásban is elemzzük, akkor igazából csak néhány markáns konzekvenciát lehet megfogalmazni. A legfontosabb ezek közül, hogy az egyes kategóriák között igen nagy a szóródás, az országos átlagok nagy szélsőségeket takarnak. Csábítónak látszik a kutató számára az a lehetőség, hogy az egyes megyék társadalmi-gazdasági helyzetét és a tipikus panaszok jellegét valamiképpen összekösse. Erre mintha mutatkoznék is némi alap. A legelemibb ellátási joggal kapcsolatos panaszok ugyanis a legnagyobb arányban Borsod-Abaúj-Zemplén, Somogy és Zala megyékben jelentkeznek, amelyek, ha nem is egyformán elmaradottak, de mind jellemzően aprófalvas struktúrával rendelkeznek, olyan területek ahol az ellátás megszervezés objektíven is kihívásokkal küszködik. Azt viszont már nehéz lenne bármiképpen is magyarázni, hogy az emberi méltóság joga miatt – látszólag legalábbis – Hajdú-Bihar vagy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben sérül leggyakrabban.

Nagy különbségek vannak az egyéb kategóriában is, a az egyes megyéknél a kiugró értéket eltérő okok magyarázzák. Csongrádban az önrendelkezéshez, Vas megyében a kapcsolattartáshoz, míg Komárom-Esztergom esetében a tovább nem bontható, egyéb jogsérelmek jelentik a hátteret.

Talán nem tanulság nélküli a panaszok szakterületi bontás szerinti vizsgálata sem.
(3. táblázat)

3. táblázat
Betegjogi megkeresések megoszlása megyénként és szakterületenként (2003)
Szerk.: Antal G.

Szakterület	Főváros	Baranya	Bács	Békés	Borsod	Csongrád	Fejér	Győr	Hajdú	Héves	Jász	Komárom	Nógrád	Pest	Somogy	Szabolcs	Tolna	Vas	Veszprém	Zala	Összesen
Belgyógyászat	101	9	17	9	21	62	15	12	3	1	4	1		5	15	3		3	33	5	314
Sebészet	99	17	22	20	14	46	24	3	18	3	6	8		9	21	13		9	30	8	362
Szülész-nőgyógyászat	44	9	11	17	12	29	3	7	5			4		2	5	8		5	16	5	177
Urológia	12		2	2	4	6		2	2		1								12	2	43
Pszichiátria	92		3		20	46	15	4	139	3	3	2		8	8	8			##	4	568
Háziorvos	38	15	17	29	18	32	25	21	3	4	9	1		25	12	30		4	19	12	302
Fogászat	67	14	9	11	15	27	30	11		3	2			3	4	8			10	8	214
Ideggyógyászat	6	3			13		6	2							6	1			2	3	39
Szemészet	11	7	4		7		7	1		2				3	2	8				1	52
Fül-orr- gégegyógyászat	8		2	3	4	9	4	1				1		2		2			2	2	38
Intenzív ellátás		7	4	3	1	5	2							2					6		30
Gyermekegyógyászat	17	6	7	2	5	22	5			3	1					9		2	3	6	82
Traumatológia	13	9		6	4	9	9		42		4			1						4	97
Pulmonológia	22	2			3	4		2			3								2	1	38
Reumatológia	40	6	4		4				3						3	2				4	62
Patológia		6	5		2	17		5	1			1							1		38
Mentők	2	2			1	6			4												15
Sürgősségi ellátás	15						18					1								1	34
Kardiológia-Stroke		3																		2	3
Bőrgyógyászat	18	6				5					1					3				1	33
Onkológia		1				3									1					1	5
Ápolás		1			7														1		9
Radiológia-röntgen	1				3			1	1												6
Foglalkozásegészségügy					1					2				1		1			2		7
Egyéb	34	5	11	23	21	30	3	5	25	6	3			10	9	38		28			251
Fertőző ellátás		2																			2
OOSZI			12		2										12						26
Iskolaegészségügy																					0
Transzplantáció	1																				1
Plasztikai sebészet					1					1											2

Országos szinten a panaszok mintegy ötöde a pszichiátriai ellátáshoz kapcsolódik, bizonyos megyékben ez az arány még sokkal nagyobb, Hajdú-Biharban az 56%-ot, Veszprémben a 60%-ot is eléri. Az adatok felhívják a figyelmet a szakterület kiugró etikai-szakmai érzékenységeire is. A többi, nagy panasz-számmal jellemezhető szakterület (belgyógyászat, sebészet, háziorvosi ellátás) tükrözik azokat a területeket, amelyekkel a legtöbb beteg kerül kapcsolatba az egészségügyi ellátás során.

Az eredményesség szempontjából is elérhetők bizonyos adatok. Az összesen mintegy 7400 dokumentált betegjogi megkereséséből (2003) mindössze 3200 esetben lett „ügy”, amelyből is 2500-at elintéztettek jelentettek a képviselők. Mindössze 89 alkalommal jutottak el a felek a pere eljárásokig, és alig 25 esetben került sor a Közvetítő Tanács bevonására. A legtöbb megkeresés tehát meglehetősen békés úton rendeződik le.

6.4. „Műhibaperek” Magyarországon

Mit is jelent az a szó, fogalom, számunkra, hogy „orvosi-műhiba”?

Ez egy rosszul fordított kifejezés. A műhiba számos, a büntetőtörvénykönyvbe ütköző cselekedet összefoglaló neve, igazából a műhiba nem jogi fogalom. Tehát vagy van büntetőjogi elnevezése, amit úgy hívnak, hogy foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés, vagy van, ha polgárjogi értelemben közelítjük meg, egy sima egyszerű kártérítés.

Ha viszont orvos szakmailag nézzük, ahogy a tankönyvek mondják, hogy az orvosi szakma szabályainak a megszegése, illetve, ahogy az egészségügyi törvény mondja, „a nem legnagyobb gondossággal és körültekintéssel végzett egészségügyi szolgáltatás.”

A kérdés az, hogy az adott egészségkárosodás elkerülhető lehetett volna-e? Nem könnyű meghúzni a határvonalat a műtéti kockázat, az ún. természetes szövődmény és a szakmai hiba között. Magyarországon évi 350 műhibaper indul, és egy év alatt kb. egymilliárd forintnyi kártérítést ítélnak meg. Néhány százezertől pár millió forintig terjed (egyelőre) az átlagosan megítélt kártérítési díj, de mind a perek száma, mind a megítélt összeg nagysága ugrásszerűen nő.

Magyarországon csak egy Civil szervezet, a Szószóló Alapítvány ismerte fel elsőként, ennek a populációra ható kérdésnek törvényi rendezésbeli fontosságát. Modell kísérletük provokálta társadalmunkat. (A projekt során betegjogi képviselők kezdték el működésüket 7 magyarországi kórházban 1997 márciusától, majd 1999-től több pszichiátriai intézetben is.

Ezt megelőzően a betegjogi képviselők egy 6 hónapos intenzív felkészítő kurzuson vettek részt, a későbbiekben pedig rendszeresen konzultáltak szakértőkkel és egymással a tapasztalataikról. A modellkísérletben önkéntes alapon vevő kórházak pozitív visszajelzései megerősítették az elképzelést, hogy az intézménynek valóban van helye a magyar egészségügyi rendszerben.)

Az orvosi műhiba perek Magyarországon 1991-92-ben indultak el, de csak 1994-95-ben születtek meg az ítéletek, peren kívüli egyezségről pedig ebben az időben nem beszélhetünk.

Rá kellene döbbsennie a magyar egészségügynek: az egészségügyi felelősségbiztosításokra egy egyesületet vagy önálló biztosítót kellene létrehozni – megfelelő orvos-szakértői és jogászai gárdával. Ez az önálló biztosító sokkal hatékonyabban is működne a mostaniaknál, és nem fenyegetné az a veszély – ami más biztosítónál részben már megtörtént –, hogy gazdaságossági szempontok miatt e biztosítási üzletágat kivették a kínált szolgáltatások köréből.

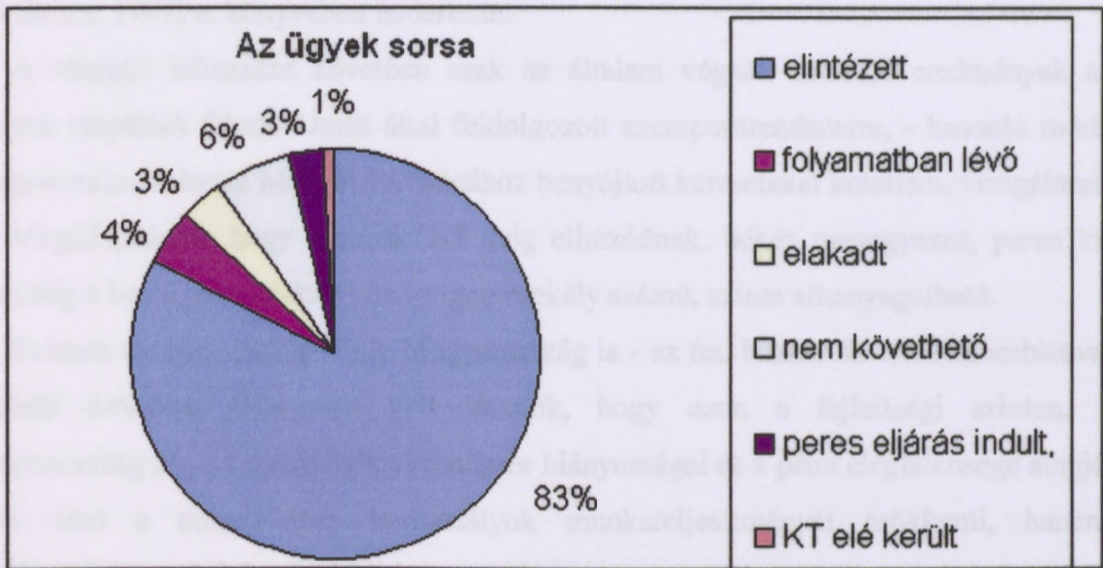
Az orvosi tevékenységgel kapcsolatos kártérítési eljárásokat a szakirodalom két, egymástól jól elkülöníthető területre osztja.

Az első csoportba azokat az eljárásokat soroljuk, amelyben a betegnek azért keletkezik kára az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során, mert az orvos (vagy más egészségügyi dolgozó) nem a tőle elvárható gondossággal végzi az ellátást. Ezek a jól ismert, klasszikus kártérítési eljárások, amelyekre a hazai bírói gyakorlatból is számos szemléletes példát hozhatunk. Tipikus tényállás a diagnosztikus tévedés

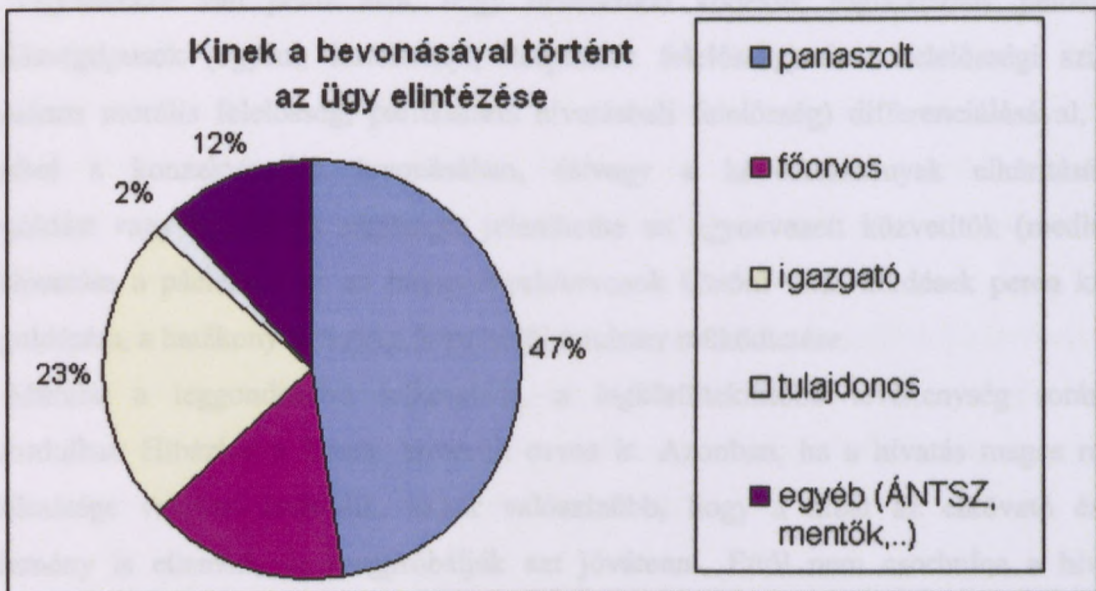
A második csoportot a tájékoztatási kötelezettség elmulasztására alapított kártérítési eljárások alkotják. Az orvos a tőle elvárható magatartást tanúsítja a diagnózis felállítása vagy magának a beavatkozásnak a kivitelezése során, mégis kártérítéssel tartozik azért, mert a beteget nem tájékoztatta arról a kockázatról, amely – a gondos ellátás ellenére is – bekövetkezett.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény (Eütv.) a betegek jogai között részletesen szabályozza a tájékoztatás kérdését, és néhány publikált ítélet is rendelkezésre áll, igaz, ezeket a bíróságok még nem az egészségügyi törvény, hanem a megelőző szabályozás (az egészségügyről szóló 1972. évi II. Törvény) alapján bírálták el. Sajátos szerepe van a kártérítési perekben az igazságügyi orvos-szakértőknek, ill. az ún. Egészségügyi Tudományos Tanácsnak (ETT).

11/A. ábra
A panaszos ügyek sorsa (2003)
(Szerk.: Antal G.)



11/B. ábra
Kinek a bevonásával történt az ügy elintézése (2003)
(szerk.: Antal G.)



Sándor Judit feldolgozta az 1983 és 1996 között jogerősen lezárt műhibaperek anyagát, s következtetéseit a Gyógyítás és ítékezés -- orvosi műhibaperek Magyarországon (Medicina, 1997) c. könyvében ismertette.

A vizsgált időszakot követően csak az általam végzett kutatási eredmények azok, melyek ráépültek Sándor Judit által feldolgozott szempontrendszerre, - hasonló módon - Magyarország minden Megyei Bíróságához benyújtott kereseteket kutattam, vizsgáltam.

Megállapítható, hogy a perek 3-7 évig elhúzódnak, békés megegyezés, peren kívüli egyezség a beteg, és a kórház között igen csekély számú, szinte elhanyagolható.

Számos európai ország – így Magyarország is - az ún. bismarcki társadalombiztosítási modellt örökölte. Világosan kell látnunk, hogy azon a fejlettségi szinten, ahol Magyarország áll, az egészségügyi rendszer hiányosságai és a pénz elégtelensége alapján véve nem a munkaképes korosztályok munkateljesítményét csökkenti, hanem a munkavállalás utáni kort rövidíti meg és/vagy az öregkori évek életminőségét rontja az elképzelhető optimumhoz képest. Az orvosi műhibaperek számának látványos megugrása az utóbbi években azonban azt jelzi, hogy jelentős változások mentek és mennek végbe társadalmunkban.

Bármennyire idegenkedik is az orvostársadalom a külső kontroll gondolatától, erre a helyzetre fel kellene készülniük, intézményi szinten és egyénileg is. Az etikai kódex semmiféle útmutatást nem ad a műhibák etikai megítélésére vonatkozóan.

Ugyanakkor van példa arra, hogy orvosetikai kódexek foglalkoznak például a felelősségtípusok (egyéni, intézményi, korporatív felelősség) és a felelősségi szintek (általános morális felelősség, partikuláris hivatásbeli felelősség) differenciálásával, ami segíthet a konzekvenciák levonásában, és/vagy a következmények elhárításában. Megoldást vagy legalábbis segítséget jelenthetne az úgynevezett közvetítők (mediátor) alkalmazása a páciensek és az intézmények/orvosok közötti vitás kérdések peren kívüli megoldására, a hatékony betegjogi képviselői rendszer működtetése.

Műhiba a leggondosabb felkészülés, a legkörültekintőbb tevékenység során is előfordulhat. Hibázhat a fáradt, kimerült orvos is. Azonban, ha a hivatás magas rendű erkölcsisége valóban működik, akkor valószínűbb, hogy a hibát az elkövető és az intézmény is elismeri, és megpróbálják azt jóvátenni. Ettől nem csorbulna a hivatás tekintélye, sőt, kevesebb lenne a bírósági műhibaper.

Nem elhanyagolható szempont az sem, hogy a tévedés vagy helytelen döntés nyílt vállalása és jóvátétele esetén nem lenne alapja a hibát elterjesztő, felnagyító negatív "suttozó propagandának" sem, ami viszont valóban sokat árthat egy-egy orvos vagy intézmény jó hírének és közvetve az egész orvostársadalomnak.

Bár a hivatás magas rendű erkölcsisége szükséges és fontos ösztönző erő a műhibák elkerülésében, önmagában nem biztos, hogy elegendő. A morális kötelességen kívül pontosan a hivatás egyik kritériumának számító belső szakmai szabályozás az, amivel a legtöbbet lehet tenni e téren. Az állandó önképzés és folyamatos továbbképzés, a minőségbiztosítás mechanizmusai jelentős visszaszorító és egyben segítő tényezők lehetnek.

A realitásokat figyelembe véve ugyanakkor teljesen jogos a másik fél részéről felmerülő kérdés is: a fáradt, hajsztolt, ügyelettel túlterhelt, nemegyszer egzisztenciális gondokkal küzdő orvosoknak mikor jut idejük és energiájuk arra, hogy saját maguk szakmai továbbképzésével foglalkozzanak?

Magyarországon a perek 50-60 százaléka szülészek-nőgyógyászok munkája miatt indul, de gyakori a sebészek, a fogorvosok és a plasztikai sebészek működésével kapcsolatos bírósági eljárás is.

Természetesen az egészségügy legtöbb munkatársára az etikus magatartás: a gondosság és figyelem, többszörös kontroll, jellemző. Első a beteg érdeke, az önvédelem csak sokadik szempont. – Perek mindig lesznek.

Ennek bemutatására kiválóan alkalmasnak mondható a Magyarország Megyei Bíróságai által nyújtott „műhibaperek” esetszámai a teljesség igénye nélkül is. Megállapítható azonban, hogy a 2003 évben előfordult „műhibaperek” statisztikai mérőszámait nem lehet pontosnak tekinteni, mert ezek az adatok ebben a fogalomkörben nem kerülnek regisztrálásra.

Sándor Judit 1997-ben „Gyógyítás és ítélkezés” címmel megjelent könyvében lévő „orvosi műhiba-perek” Magyarországon Gyógyítás és Ítélezés című könyvében szereplő bírósági ítéletek szerinti lebontás szerint elemeztem a jelenleg elérhető adatok alapján a 2003 évben előfordult „orvosi műhiba-perek” esetszámain.

4. táblázat

Orvosi műhibaperek Magyarországon, 1983-1996

Szerk.: Sándor J. 1997 adatai alapján Antal G.

Megyék	POLGÁRI JOG				BÜNTETŐJOG			MINDÖSSZESEN
	Felelősséget megállapító	Elutasító	egyéb	Összesen	Bűnösséget megállapító	Egyéb	Összesen	
Budapest	34	36	12	82	1		1	83
Bács-Kiskun	3	1		4		1	1	5
Baranya	3	6		9				9
Békés	5	1	1	7				7
Borsod-Abaúj-Zemplén -	2	6		8	3		3	11
Csongrád	6	12	3	21		4	4	25
Fejér	2			2				2
Győr-Moson-Sopron	nincs adat							
Hajdú-Bihar	4	10	1	15				15
Heves	5			10	1		1	11
Jász-Nagykun-Szolnok	2	3	1	6				6
Komárom-Esztergom	1	6		7				7
Nógrád	2	1		3				3
Pest	1			1				1
Somogy	3	4		7				7
Szabolcs-Szatmar-Bereg	6	7		13				13
Tolna	3	5		8				8
Vas	4		1	5	3		3	8
Veszprém	2	2	2	6	5	1	6	14
Zala		1		6				6
Összesítés	92	110	20	222	13	6	19	241

5. táblázat
Orvosi műhibaperek Magyarországon, 2003

Szerk.: megyei bíróságok adatai alapján Antal G.

	POLGÁRI JOG				BÜNTETŐJOG			MINDŐSSZESEN
	Felelősséget megállapító	Elutasító	egyéb	Összesen	Bűnösséget megállapító	Egyéb	Összesen	
Budapest	Nincs adat							
Bács-Kiskun	0	1	4	5	0	0	0	5
Baranya	3	6	0	9	0	0	0	9
Békés	5	1	1	7	0	1	1	8
Borsod-Abaúj-Zemplén -	15	0	0	15	0	0	0	15
Csongrád	3	11	1	15	0	1	1	16
Fejér	2	1	0	3	0	0	0	3
Hajdú-Bihar	3	12	0	15	4	1	5	20
Heves	1	0	2	3	1	0	1	4
Jász-Nagykun-Szolnok	2	3	1	6	0	0	0	6
Komárom-	1	6	0	7	0	0	0	7
Nógrád	1	1	1	3	0	0	0	3
Pest	Nincs adat							
Somogy	1	0	2	3	0	0	0	3
Szabolcs-Szatmar-Bereg	6	7	0	13	0	0	0	13
Tolna	Nincs adat							
Vas	2	0	5	7	1	4	5	12
Veszprém	2	2	2	6	5	1	6	12
Zala	2	3	0	5	1	0	1	6
Összesítés	49	54	19	122	12	8	20	142

A fenti összeállítás sajnos nem teljeskörű, a fővárosi, pest megyei és tolna megyei bíróságok nem szolgáltatott adatokat megkeresésemre.

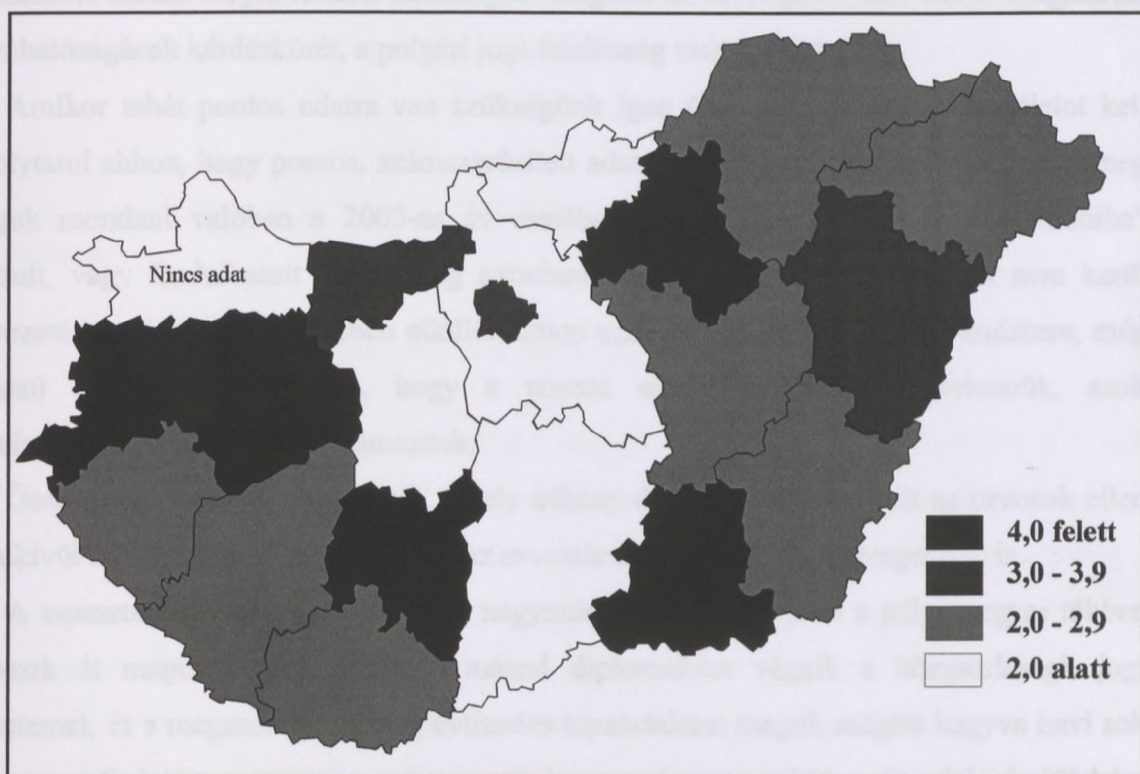
Ennek ellenére alkalmas lehet néhány következtetés levonására. Az esetszám nyilvánvalóan növekszik: még hiányos formájában is a második, egyetlen évre vonatkozó táblázat összesen 142 esetet tartalmaz, a korábbi 13 évet átfogó gyűjtés végeredménye azonban csak évi átlagban 18 eset volt. A növekedés tehát drámai, de összekapcsolható a hazai joggyakorlat rendszerváltozás körüli alapvető változásaival. A perek döntő hányada 2003-ban polgári jogi, vagyis kártérítési jellegű (85%). A polgári jogi ügyekben nagyjából „döntetlenközeli” az eredmény, az elutasító és a felelősséget megállapító eredmények között.

A büntetőjogi esetekben mindössze 12 elmarasztaló ítélet született, ami összességében még mindig nem tekinthető igazán soknak.

A korábbi periódusban megdöbbenően hasonló adatokat találunk, 90%-ban a polgári perek dominálnak, amelyeknek nagyjából felét képesek a felperesek sikerre vinni. Az arányok lényegében nem változtak az elmúlt évtized folyamán.

12. ábra.

Ezer kórházi ágyra eső műhibaperek száma
Sándor J. 1997 adatai alapján szerk.: Antal G



Ami a területi megoszlást illeti, az első időszakot érdemesebb vizsgálni a teljesebb körű adatbázis miatt. Budapest szerepe kiemelkedő, de láthatóan magasabb esetszám jellemzi a nagy klinikai centrumok megyéit is (Baranya, Csongrád, Hajdú-Bihar). A fajlagos értékek (7. ábra) már más eloszlást mutatnak, itt a területi kép jóval szórta, az abszolút értelemben nagy ügyszámmal jellemezhető területeken a kiemelkedően magas kórházi ágyszám elfedi az előbb vázolt különbségeket.

Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának és Általános Helyettesének 2003. Évi tevékenységéről szóló beszámoló sem érinti számszerűsített formában az „orvosi műhiba” perek esetszámait, ami arra enged következtetni, hogy pontos adatvezetés hiányában nem lehet megállapítani a pontos esetszámokat.

Amikor az egészségügyi intézmények jogi felelősségéről, az intézményekben dolgozók felelősségéről beszélünk, nyilvánvalóan polgári jogi felelősségre gondolunk, azaz arra az esetre, amikor a beteg, vagy közvetlen hozzátartozó indít pert az egészségügyi intézmény, vagy dolgozója ellen a hibás gyógyszerellátásból származó vagyoni és nem vagyoni természetű kárai megtérítésére. Szükséges vizsgálni az esetlegesen kárt okozó magatartás felróhatóságának kérdéskörét, a polgári jogi felelősség megállapításához.

Amikor tehát pontos adatra van szükségünk igen összetett, komplex vizsgálatot kell lefolytatni ahhoz, hogy pontos, számszerűsített adat álljon rendelkezésre ahhoz, hogy meg tudjuk mondani valóban a 2003-as év esetében ténylegesen mennyi „orvosi műhiba” fordult, vagy fordulhatott elő. Addig azonban, amíg szabályozott formában nem kerül bevezetésre a bíróságok esetében elkülönítetten ezen esetek nyilvántartási rendszere, még hosszú évtizedekbe kerülhet, hogy a pontos esetszámokat megismerhessük, azok tanulságait a gyakorlatban alkalmazzuk.

Összegezve tehát az a folyamat, amely néhány évvel ezelőtt beindult az orvosok ellen rendkívül sokat árt nem csak magának az orvostársadalomnak, de a betegeknek is.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy nagyszámú orvos hagyja el a pályát, egyre többen képezik át magukat más területre, másod diplomaként végzik a közgazdasági, jogi egyetemet, és a megszerzett esetleg évtizedes tapasztalatot maguk mögött hagyva havi sok százezer forintért egy-egy gyógyszercéghez gyógyszergyártó cég képviselőjeként folytatják, vagy éppen friss diplomásként látnak el marketing feladatokat.

Az egészségügyi kártérítési perek elszaporodásának számos kedvezőtlen következménye is van:

- A kártérítési perek pénzt vonnak el az egészségügytől és kisebb kórházakat akár a csőd szélére is, vihetik.
- További következmény, hogy az orvostársadalomban egyre inkább terjed a defenzív szemlélet; érthető módon a perek elkerülése érdekében. A defenzív ellátás pénzt von el az igazi gyógyító tevékenységtől, ami a mai gazdasági helyzetben nem megengedhető. Ilyen példa, hogy minden eszméletét veszítő betegnél kötelező-e koponya CT-t csinálni, mert van vesztes per ilyen témában is.

- Az orvosi perek nagy nyilvánosságot kapnak az újságokban és egyéb médiumokban, emiatt orvos ellenesség kezd kialakulni és nagyon nehéz ellene védekezni, mert az orvost a titoktartási kötelezettsége védi, és nyilvánosság előtt nem védheti magát.
- A kórházak a perek miatti fenyegetettség miatt kerülnek a komplikált esetek felvállalását és küldik tovább a magasabb progresszív ellátású szintre, leginkább az egyetemi klinikákra.
- Az az orvos, aki egy kártérítési perben már „megégette magát”, sokkal kevesebb kockázatot vállal az elkövetkező betegeinél.
- A polgári perek érintik a szakmai közvéleményt is.

7. Esettanulmány: a betegjogok érvényesülése a Közép-Dunántúli régióban

7.1. A Közép-Dunántúli Régió egészségügyi helyzetének elemzése

A Közép-Dunántúli Régió a Dunántúl középső részén helyezkedik el 11 237 km² területen. Északon a Duna, keleten Pest megye és a főváros (mint Közép-Magyarországi Régió), majd ismét a Duna határolja. Délen a Dél-Dunántúli Régió, nyugaton pedig a Nyugat-Dunántúli Régió a szomszédai. A régiót három megye, Fejér, Komárom-Esztergom és Veszprém megye alkotja.

A Közép-Dunántúli Régió földrajzi elhelyezkedése kedvezőnek mondható. A régió, ugyan nem szerves fejlődés eredményeképpen jött létre, és egyes térségei más-más térszerkezeti irányokban illeszkednek bele az országos folyamatokba, de immár tartós realitásként számolhatunk léteével. Különösen jó adottságait részben annak köszönheti, hogy az ország legfontosabb tengelyei közül mindkettő érinti. A Bécs-Budapest (–Szeged) tengely valóban kiemelkedő innovációs folyosóvá vált ismét az elmúlt években.

A másik, délnyugati irányú, lényegében az M7 vonalával meghatározható tengely szerepe csak ezzel az előbbivel összevetve tűnik csekélyebbnek, valójában igen fontos kapcsolatot biztosít az Észak-Itáliában kibontakozott gazdasági fejlődési centrumhoz.

Ezeknek, és más, itt most nem részletezendő adottságoknak köszönhetően a régió általában is, de egyes térségei pedig kiemelten a sikeres szerkezetváltás és innováció-alapú gazdasági átalakulás példáiává váltak Magyarországon.

Egészségügyi helyzetének részletesebb vizsgálata több okból is indokolható. Kérdéses lehet például, vajon a sikeres gazdasági fejlődés tükröződik-e az egészségügyben? Magyarország egyik iparosodott térségének örökségeként a régióban egy meglehetősen rossz környezet-egészségügyi helyzettel állunk szemben, amelynek negatív hatásai csak hosszú távon kompenzálhatók.

További érdekes problémát jelent, hogy vajon a régió sokszor emlegetett többközpontúsága (Székesfehérvár és Veszprém, időnként Tatabánya vetélkedése), a potenciális központok között ha nehezen is, de körvonalazódó funkciómegosztás hogyan tükröződik vissza az egészségügyben, hiszen nagy klinikai központ híján itt is meglehetősen heterogén képet várunk.

7.1.1. A Közép-Dunántúli Régió lakossága

A feladat első részében rövid helyzetértékelést készítünk a régió népességéről. A helyzetértékelés alapján határozhatjuk meg a betegjogi munka legfontosabb feladatait. Az elkészített munka alapján prioritásokat állíthatunk fel, továbbá az egészségügy minden területére vonatkozólag operatív programokra tehetünk javaslatokat. Tehetjük mindezt azért mert a betegjogok területén felmerülő problémák az egészségügy alapproblémái közé tartoznak.

A Közép-Dunántúl három megyéjének népességszáma a 20. század elejétől - a világháború idejét leszámítva – folyamatosan növekedett. Köszönhető ez a térségben elinduló kapitalizálódásnak, ami nemcsak a bányászat és az ipar terjeszkedését jelentette. A mezőgazdaságban megjelenő új gépekkel a jó talajadottságú régió szorgalmas népei jelentős többlettermést tudtak elérni. Megszűnt az éhínség, javult a lakosság életszínvonala. Az egészségügyi ellátás javulásával megszűntek a járványok, igyekeztek a népbetegségeket leküzdeni. A vidék eltartóképesége is jelentősen nőtt.

A második világháború után a városok iparosításának hatására előbb Budapestre, majd a vidéki nagyvárosokba áramlott a népesség. Székesfehérvár és Tatabánya lakossága már az 1960-as évtizedben, Veszprémé inkább az 1970-es évtizedben növekedett.

A falvakból a városokba áttelepülő fiatal népesség miatt a falvak népességszáma csökkenni kezdett.

A demográfiai depresszió kevésbé érintette a Mezőföld jó talajú földjein gazdálkodó nagyobb falvait. A hegyvidékek aprófalvaiban viszont jelentős népességcsökkenés kezdődött, a lakosság elöregedése, amire az egészségügynek napjainkban külön figyelmet kell fordítani.

Az ezredfordulón a régiós népesség kisméretű csökkenését figyelhetjük meg, oka elsősorúen a születések számának csökkenése. Jelentős területi különbségek alakultak ki, a régió kistalvai, hegyvidéki, elzártaabb településeiből elvándorolt a fiatal népesség, így a születések száma is alacsony. Alacsonyabb születési arányszámok jellemzik ma már a városokat is. Oka lehet a foglalkoztatás bizonytalansága, az alacsony jövedelmek, a fiatal munkanélküliek viszonylag magas aránya, a nők fokozottabb bevonása a gazdaság működtetésébe, a családok stabilitásának meggyengülése, stb. A régió 9,05 %- s születési arányszáma az országos átlag alatti, annak ellenére, hogy a gazdaságilag fejlettebb régiók közé tartozik.

9. táblázat

Közép-Dunántúli régió és Magyarország lakónépességének alakulása 1990–2000 között
(fő) (Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	1990 népszám- lálási adat			1997	1998	1999	2000	2001. népszám- lálási előzetes adat
		1995	1996					
		év végi adatok						
Fejér megye	420 628	425 839	425 828	426 694	426 200	423 531	423 531	434 625
Komárom- Esztergom megye	315 208	312 033	310 897	310 466	310 114	311 770	311 770	318 094
Veszprém megye	379 246	378 404	377 105	376 211	374 876	371 862	371 862	376 053
Közép- Dunántúli Régió	1 115 082	1 116 276	1 113 830	1 113 371	1 111 190	1 107 163	1 107 163	1 128 772
Magyar- ország	10 374 823	10 212 300	10 174 442	10 135 358	10 091 789	10 043 224	10 043 224	10 195 513

Fontos ok az is, hogy a munkahely végleges elvesztésétől való félelem miatt a nők inkább a karrierjüket építik, inkább „szinglik” maradnak. Gyakran férjhez sem mennek, hogy karrierjüket építeni tudják. E jelenség a faluban lakó dolgozó nőket is érinti.

Igen gyakran csak egy gyermeket szülnek, ennek felnevelésében a nagyszülők fontos szerepet kapnak.

A születések alacsony száma összefügg a megváltozott házassági szokásokkal is. A falvakban egyre gyakoribb az élettársi együttélés, ha mértéke még nem is azonos a városok adataival. A falvakban is későbbi életkorban kötnek házasságot a férfiak és a nők, az első szülések itt is későbbre tolódnak. Alapvető ok azonban a gazdasági. Amennyiben a családfő keresetéből nyugodtan meg tudna élni a család, a falun élő hölgyek közül bizonyára lényegesen többen vállalnák a családjuk szerepkört. Az alapszintű megélhetéshez hiányzó asszonyi kereset miatt inkább elmarad a gyermekvállalás. A GYES és a GYED ideje alatt egy fiatal család életszínvonala, amikor lakásvásárlásról is, komfortosabb lét megteremtéséről is kell gondoskodnia, a létminimum vagy az alá süllyed. Meglepő ezután, hogy nem vállalnak több gyermeket?

11. táblázat

1000 élve szülöttre jutó csecsemőhalálozás a Közép-Dunántúli Régió megyéiben és Magyarországon (Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Fejér megye	15,8	12,0	11,6	10,4	12,8	10,9	8,9
Komárom-Esztergom megye	14,2	11,5	9,1	9,8	9,9	9,7	8,8
Veszprém megye	12,8	8,8	10,7	8,4	9,9	5,7	7,8
Közép-Dunántúli Régió	14,2	10,8	10,6	9,6	11,0	8,9	9,3
Magyarország	14,8	10,7	10,9	9,9	9,7	8,4	8,5

Amíg a születésekről elmondható, hogy eljutottak a mélypontra ennél kevesebb gyermek már nem szülehet, addig a halálozási arányszámok még emelkedni fognak a falvakban. Az ipari központokba áttelepült fiatalok miatt az idős korosztályok aránya igen magas.

Több faluban, főleg az aprófalvakban a lakosság közül háromnegyede 60 éven felüli. Másrészt ma a falusi embert is több stressz éri, a korábbi általános nyugodt paraszti élet az iparszerűvé váló mezőgazdasággal megszűnt.

Harmadsorban az idősebb korosztályok aránya nagyobb a falvakban azért is, mert az 1970-es évek közepétől már erősen csökkentek a születések. A települések kórfáin az 50-60 éves korcsoportok létszáma a legnagyobb.

Az apró-és törpefalvas vidékek magas halálozási rátája a nagyvárosi iparfejlesztéssel is összefügg. A városoktól távoli, nehezen megközelíthető falvakból a fiatal népesség hamar a városokba költözik. Kevesen maradtak a mezőgazdaságban. Emiatt az aprófalvak korstruktúrája erősebben öregedő, mint nagyobb társaiké. Az elnéptelenedő falvakba beköltöző roma lakosság körében a fiatalabb népesség miatt a halálozási arányszámok is alacsonyabbak. A születések számát a létfeltételek javításával, a megélhetési gondok enyhülésével, a nők a munkavégzése biztonságának szavatolásával valószínű lehetne növelni, de direkt eszközök (pl. abortuszt tilalma) nem hoznak eredményt. Ugyanakkor a halandóságban nem lesz ilyen fokú elmozdulás, mert a legnépesebb korosztályok jutnak idős korba, másrészt a halálozások fő okai a civilizációs ártalmak ellen még kevés eredményt értünk el.

Halálozási adatokat a betegjogok kutatóinak ismernie kell, hiszen az egészségügy működésére is következtetni lehet belőle. A régióban a lakosságra számolt halálozást összesen 1185 eset/100.000 lakos. Ez az országban a legkisebb érték. 1999-ben az összhálaözás több mint fele Magyarországon a keringési rendszer betegségeinek következményeként lépett fel. Komárom-Esztergom és Veszprém megye jelentősen az országos átlag felett található, míg az agyér-betegségek okozta halálozásban csak Veszprém megye van az országos átlag felett. Az érlelmeszesedés okozta halálozás Fejér megyében a régiós és országos átlagot is lényegesen meghaladja. A tumoros halálozás terén a régiós érték az országosát meghaladja, de Fejér megyében legkifejezettebb az eltérés.

6. táblázat

A halálozás %-os megoszlása a leggyakoribb halálokok szerint 1999-ben és 2000-ben
(BNO X.) (Szerk.: Antal Géza)

Halálozás összesen	BNO X. kód	Terület							
		Fejér megye		Komárom- Esztergom megye		Veszprém megye		Magyar- ország	
		1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
	összes	100	100	100	100	100	100	100	100
Rosszindulatú daganat	C00–C97	25,1	26,32	23,7	24,2	23,8	25,47	23,6	24,83
Keringési rendszer	I00–I99	50,0	49,2	49,5	49,7	53,3	51,87	51,2	50,79
ebből: isch. szívbetegség	I20–I25	19,0	17,0	25,9	25,63	25,0	25,63	21,9	21,97
cerebrovascul. betegség	I60–I69	10,9	12,84	12,7	14,27	15,7	16,14	13,5	13,96
érelmeszesedés	I70	8,7	8,03	2,5	2,28	4,3	3,33	6,0	5,56
Légzőrendszer betegségei	J00–J99	3,8	3,06	3,8	2,71	4,0	3,86	4,3	3,82
májbetegség	K70–K76	5,8	5,85	7,0	7,63	5,6	5,35	5,1	5,07
ebből: alkoholos eredetű	K70	5,3	5,24	6,1	6,87	4,8	4,97	4,2	4,24
Balesetek	V01–X59, Y40–Y98	6,8	6,62	6,7	7,02	6,6	6,97	7,2	7,03
ebből: közl. baleset	V01–V99	1,2	1,25	1,1	1	0,9	1,14	1,1	0,95
szándékos önártalom	X60–X84	2,1	2,02	2,5	2,83	1,9	2,19	2,3	2,41
Összesen		91,5	91,05	90,7	91,26	93,3	93,52	91,4	91,54

A 65 év feletti Fejér megyei férfiak és nők, valamint a 45–64 év közötti Veszprém megyei férfiak és 65 év feletti nők agyvérzés miatti halálozása magasabb az ország azonos korcsoportjainak halálozásánál. Komárom-Esztergom megyében ez minden korcsoportban jóval alacsonyabb az országos értéknél.

Az agyér-betegségek okozta halálozást vizsgálva Fejér megyében a legalacsonyabb mindkét nem és korcsoport esetében a halálozás. Az egyes daganatos betegségek okozta halálozást vizsgálva megállapítható, hogy az országos értékektől lényegesen elmarad régióink, bár az utóbbi időben emelkedő tendencia figyelhető meg.

A bélrendszer rosszindulatú daganatos betegségei tekintetében az országosnál meredekebb emelkedés figyelhető meg a régióban, amely csak 1999-ben mutat némi csökkenést. Az emlőrák okozta halálozás az országos szint alatt maradt, csak Komárom-Esztergom megyében észlelhető négy év óta folyamatos emelkedés.

13. táblázat
Magas vérnyomás betegség (401–405)
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Férfi			Nő			Összesen		
	összesen	35–64 év	65–x év	összesen	35–64 év	65–x év	összesen	35–64 év	65–x év
Fejér megye	36	23	248	34	18	246	35	20	248
Komárom-Esztergom megye	36	16	267	41	18	306	40	17	297
Veszprém megye	26	13	195	33	8	271	31	11	243
Magyarország	36	23	244	36	15	277	37	18	269

14. táblázat
Cukorbetegség (250)
(Szerkesztette: Antal Géza)

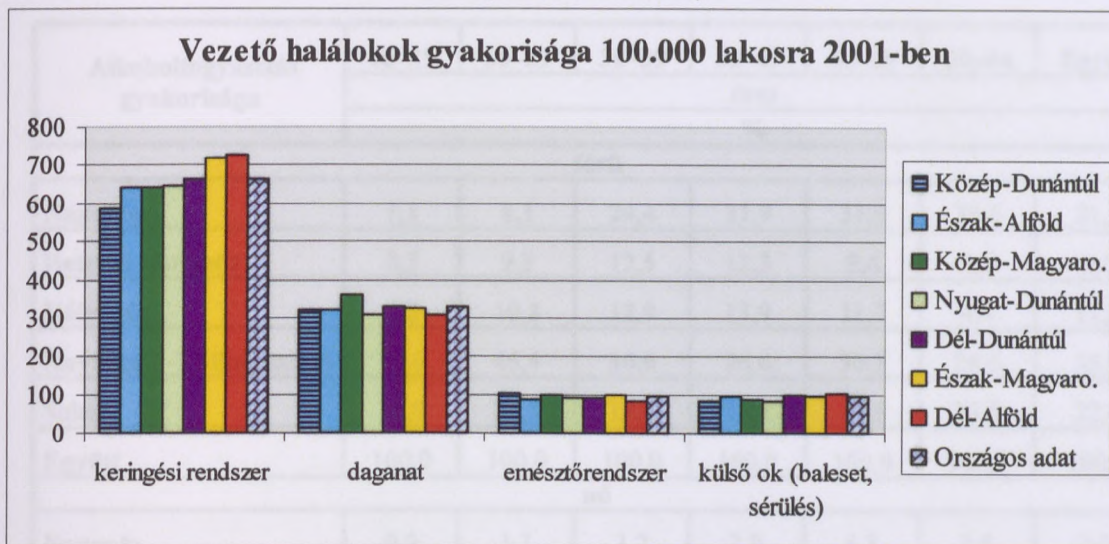
Terület	Férfi			Nő			Összesen		
	összesen	35–64 év	65–x év	összesen	35–64 év	65–x év	összesen	35–64 év	65–x év
Fejér megye	12,7	5,4	96,2	20,5	5,7	166,2	17,5	5,7	139,0
Komárom-Esztergom megye	16,0	10,1	110,1	20,1	7,1	156,9	18,7	8,5	140,1
Veszprém megye	11,5	12,6	60,1	11,9	3,0	97,8	12,0	7,5	82,1
Magyarország	14,6	12,2	87,6	15,1	8,6	104,7	15,1	10,3	98,5

A régióban az alkoholos májbetegség és következményeként bekövetkező halálozás magasabb az országos átlagnál, a betegség Komárom-Esztergom megyében szedi a legtöbb áldozatát. A szájüregi rosszindulatú elváltozások és az alkoholfogyasztás közötti összefüggés szintén ismert tény.

Alacsonyabb a külső okból bekövetkező halálozás a régióban az országos átlagnál, de az öngyilkosság miatti halálozás Komárom-Esztergom megyében magasabb a régiós és országos megoszlásnál is.

13. ábra.

Vezető halálokok gyakorisága 100.000 lakosra, 2001
(Szerk.: Antal G)



7. táblázat

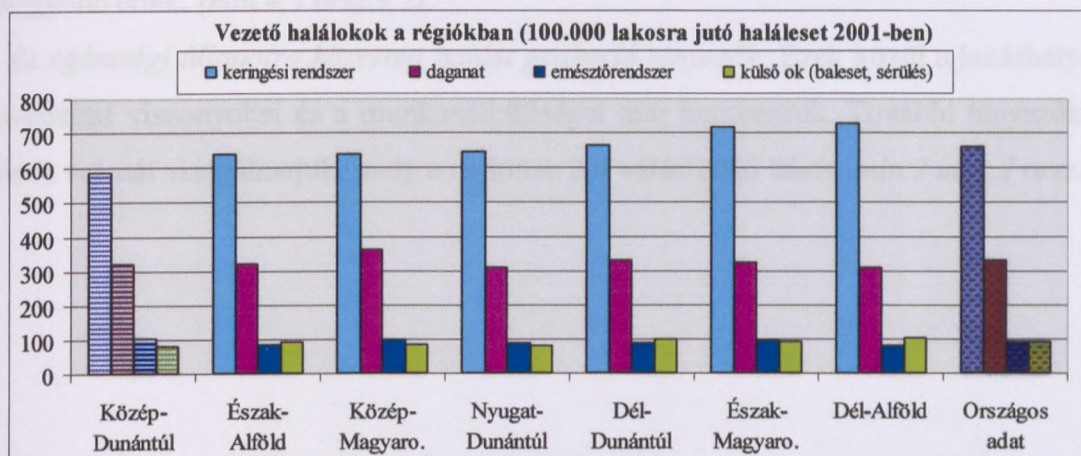
Dohányzási szokások korcsoportok és nemek szerint
(Szerkesztette: Antal Géza)

Korcsoportonként	Rendszeresen dohányzik			Leszokott			Soha nem dohányzott		
	férfi	nő	együtt	férfi	nő	együtt	férfi	nő	együtt
15-19	22	14	18	3	4	3	76	82	79
20-29	44	30	37	9	7	8	47	63	55
30-39	51	37	44	14	12	13	35	51	43
40-49	54	36	45	13	10	11	33	54	44
50-59	42	18	30	25	8	16	33	75	55
60-64	33	8	19	31	7	18	36	85	63
Együtt	44	27	35	14	8	11	42	65	54

8. táblázat
Alkoholfogyasztási szokások korcsoportok és nemek szerint
(Szerkesztette: Antal Géza)

Alkoholfogyasztás gyakorisága	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	Együtt
	éves						
	%						
férfi							
Naponta	1,1	8,1	24,4	31,9	31,9	38,6	21,7
Hetente többször	2,5	9,3	12,5	12,3	9,4	6,8	9,5
Hétvégén	7,2	10,8	12,9	13,9	11,7	4,4	11,1
Havonta 1–2 alkalommal	39,6	46,4	36,6	26,6	30,7	26,6	35,3
Soha	50,0	25,5	13,6	15,2	16,3	23,6	22,4
Együtt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
nő							
Naponta	0,9	1,1	3,2	3,9	4,3	3,5	2,9
Hetente többször	0,5	0,3	1,0	1,7	2,6	1,0	1,3
Hétvégén	2,5	2,4	4,8	4,8	2,9	2,9	3,5
Havonta 1–2 alkalommal	32,5	55,5	56,6	47,5	36,9	26,3	45,2
Soha	64,0	40,7	34,5	42,1	53,3	66,3	47,1
Együtt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

14. ábra.
Vezető halálokok gyakorisága a régióban 100.000 lakosra, 2001
(Szerk.: Antal G)



Az öngyilkosság gyakoriságát tekintve jelentős regionális különbségek mutathatók ki, de általában jellemző, hogy a férfiak között az öngyilkosság lényegesen (mintegy négyszer) gyakoribb, mint a nők közt. A régióban a 100.000 lakosra jutó öngyilkosság 24,7 eset/100.000 lakos (*min. 19,9 max. 41,5 orsz. 29,2*).

A 100.000 megfelelő nemű lakosra jutó férfi öngyilkosság 41,1 eset/100.000 férfi lakos (*min.32,3 max.70,6 orsz.47,1*). Ugyanez nőkre 9,4 eset/100.000 női lakos (*min.8,5 max.17,0 orsz.13,0*).

Magyarországon a várható élettartam lényegesen rövidebb, mint az Európai Unió országaiban. Veszprém megye férfi és nő lakosainak születéskor várható élettartama az országos átlag feletti volt az elmúlt tíz évben.

Szociális helyzetkép

Az egészségi állapotra közvetlen hatást gyakorló tényezők: A közvetlen hatást gyakorló tényezők közül az alkohol- és kábítószer-fogyasztás adatait kell kiemelni, azzal a megjegyzéssel, hogy legalább ilyen fontos a hajléktalanok száma. Ez utóbbi azonban regionális szinten nem elemezhető, lévén hogy a hajléktalanok értelemszerűen csak tartózkodási hely alapján lennének csoportosíthatók, utolsó bejelentett lakóhelyükre vonatkozóan nincs adatunk. A tartózkodási hely viszont érthető okból a nagyvárosokra koncentrálódik, noha nem egyértelműen a nagyvárosok termelik a hajléktalanságot.

A régióban pszichiátriai ill. addiktológiai gondozókban nyilvántartott alkoholisták számaránya 21 fő/10.000 lakos. Ez az országban a legkisebb érték (max. 62, orsz. 39.).

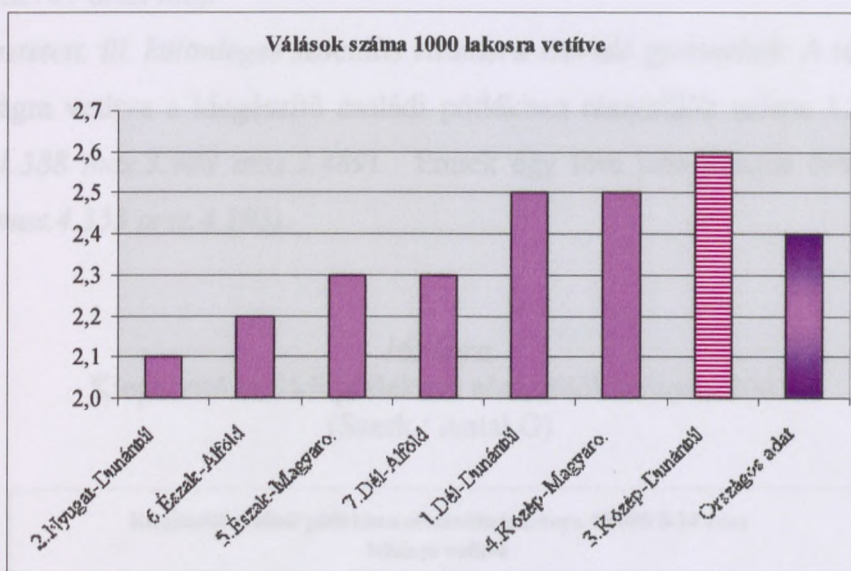
A régióban a kábítószer betegek száma 6 fő/10.000 lakos (*min.3 max.27 orsz.12*). Ezen belül a napi gyakorisággal fogyasztók aránya 43,6 % (*min.40,8 max.75,5 orsz.55,2*).

A kábítószer fogyasztás miatt kórházba utaltak aránya 14,0 %. Ez az országban a legnagyobb érték. (*min.4,3 orsz.9,2*).

Az egészségi állapotra közvetett hatást gyakorló tényezők: Ezek közül a lakáshelyzetet, a jövedelmi viszonyokat és a munkanélküliséget már bemutattuk. További tényezőként a válások számát vizsgálhatjuk, mely a régióban 2,6 válás/1000 lakos (*min.2 max.2 orsz.2,4*).

14. ábra.

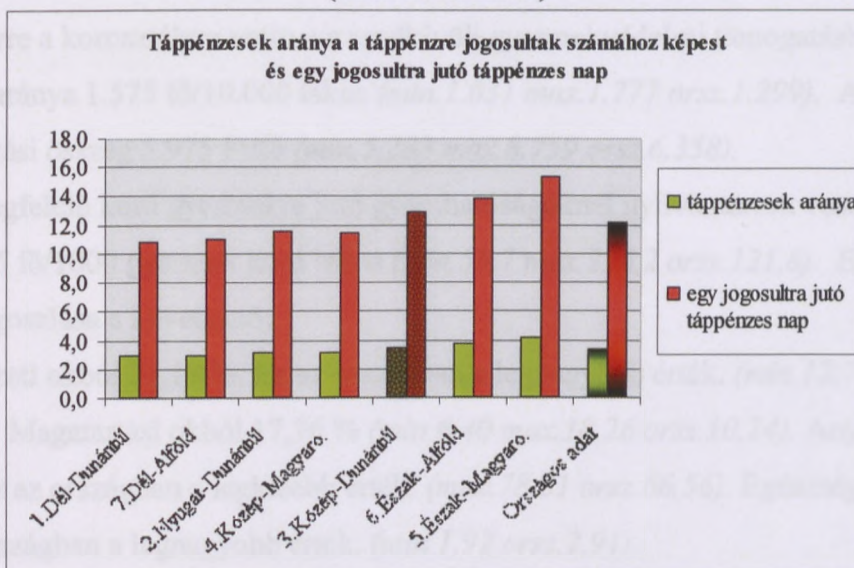
A választások száma 1000 lakosra vetítve, 2001
(Szerk.: Antal G)



A szociális helyzetre hatást gyakorló egészségi tényezők: A megváltozott munkaképességűek száma a régióban 15.758 fő (min.11.007 max.63.352 orsz.215.851). Ez a lakossághoz viszonyítva 141 fő/10.000 lakos (min.89 max.406 orsz.212). A táppénzes állományban lévők aránya a régióban 3,5 % (min.3,0 max.4,2 orsz.3,4). Az egy jogosultra jutó táppénzes nap 12,9 nap/jogosult (min.10,8 max.15,3 orsz.12,2).

15. ábra.

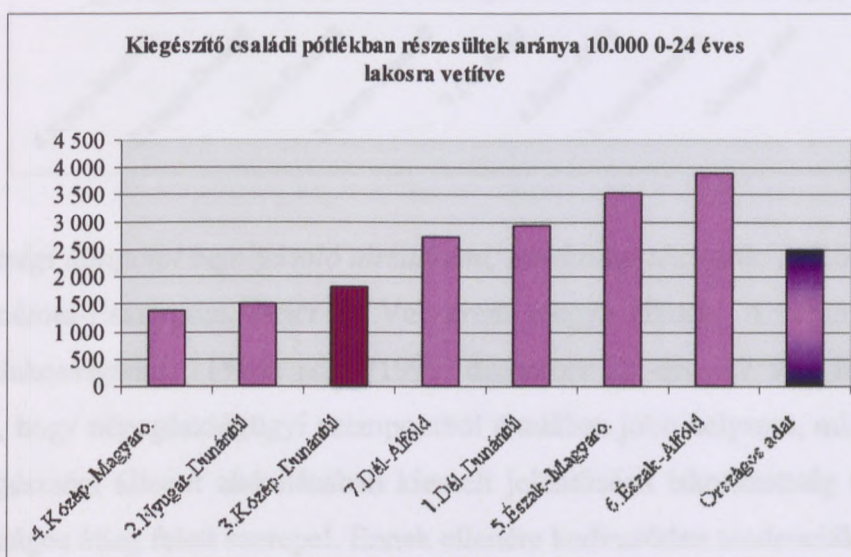
A táppénzesek aránya a táppénzre jogosultak számához képest, 2001
(Szerk.: Antal G)



A köz-gyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők száma a régióban 68.966 fő (min.34.457 max.122.615 orsz.497.423). A lakosságra vetítve 531 fő/10.000 lakos (min.343 max.707 orsz.488).

Veszélyeztetett, ill. különleges szociális ellátásra szoruló gyermekek: A régióban a 0-24 éves lakosságra vetítve a kiegészítő családi pótlékban részesülők száma 1.829 fő/10.000 lakos (min.1.388 max.3.908 orsz.2.489). Ennek egy főre jutó átlagos összege 4.213 Ft (min.4.094 max.4.353 orsz.4.193).

16. ábra.
Kiegészítő családi pótlékban részesülők aránya , 2001
(Szerk.: Antal G)



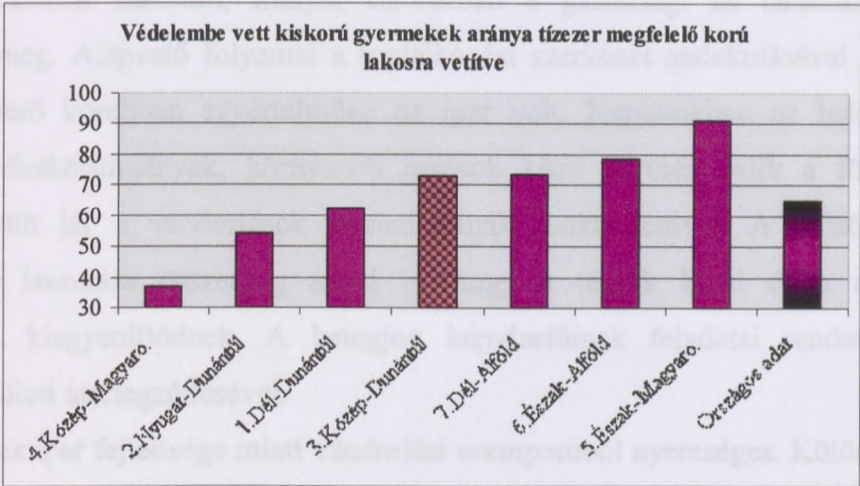
Ugyanerre a korosztályra vetítve a rendkívüli gyermekvédelmi támogatásban részesített személyek aránya 1.575 fő/10.000 lakos (min.1.031 max.1.777 orsz.1.299). Az egy főre eső támogatási összeg 5.975 Ft/fő (min.5.233 max.8.759 orsz.6.358).

Ezer megfelelő korú gyermekre jutó gyámhatóságoknál nyilvántartott veszélyeztetett kiskorú 60,5 fő/1000 gyermek korú lakos (min.56,7 max.226,2 orsz.121,8). Ezek ok szerinti megoszlása a következő:

Környezeti okból 33,19 %. Ez az országban a legnagyobb érték. (min.12,75 orsz.20,29). Magatartási okból 17,76 % (min.6,40 max.18,26 orsz.10,24). Anyagi okból 43,63 %. Ez az országban a legkisebb érték. (max.78,31 orsz.66,56). Egészségi okból 5,42 %. Ez az országban a legnagyobb érték. (min.1,92 orsz.2,91).

A tízezer megfelelő korú lakosra jutó védelembe vett kiskorú 73 fő/10.000 gyermek korú lakos (min.37 max.91 orsz.65).

17. ábra.
Védelembe vett kiskorúak aránya , 2001
(Szerk.: Antal G)



Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi, gazdasági tényezők: A Közép-Dunántúli Régiót Komárom-Esztergom, Fejér és Veszprém megye alkotja. A régió lakossága az ország összlakosságának 11%-át adja (1999. december 31.-én 107 986 fő). A régióról elmondható, hogy népegészségügyi szempontból általában jobb helyzetű, mint az országos átlag. Az egészségi állapot alakulásában kiemelt jelentőségű iskolázottság tekintetében a régió az országos átlag felett szerepel. Ennek ellenére kedvezőtlen tendenciák mutatkoznak pl. a szív- és érrendszeri, továbbá a daganatos halandóságban. Az életmódnak nagy szerepe van a lakosság egészségi állapotára, így az ezt befolyásoló tényezők közül a dohányzás, az alkohol és a rossz táplálkozási szokások miatt kialakult túlsúlyra hoztunk adatokat.

6. táblázat
A szabadidejükben sportolók aránya életkor és nemek szerint (%)
(Szerkesztette: Antal Géza)

Nem	Életkor										
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	Együtt
Férfi	52,9	30,7	26,8	17,2	20,7	10,8	8,4	9,6	9,7	9,0	100,0
Nő	29,4	31,1	16,5	13,0	7,3	10,2	7,0	9,0	5,7	2,7	100,0
Együtt	41,5	30,9	21,9	15,1	14,2	10,5	7,6	9,3	7,3	5,5	100,0

Összegezve megállapítható, hogy a betegjogok kutatása számos összefüggést mutat a demográfiával. A demográfiához kapcsolódva magyarázni tudja a tevékenységi körében bekövetkező változásokat.

A népesség vándorlása

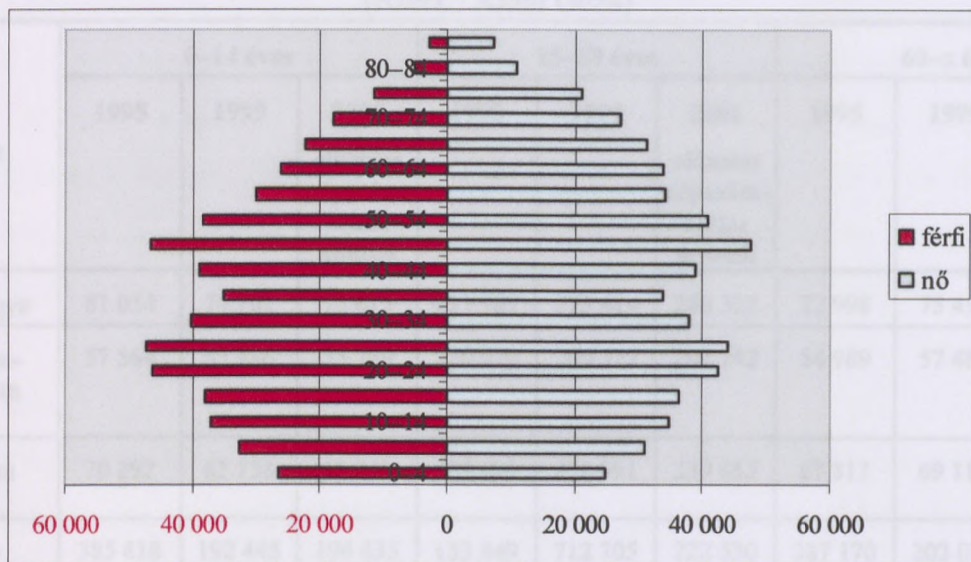
A vándorlások méreteit, irányát elsősorban a gazdasági és társadalmi tényezők határozzák meg. Alapvető folyamat a foglalkozási szerkezet átalakulásával is összefügg. Fő mozgatóerő korábban egyértelműen az ipar volt. Napjainkban az infrastruktúra, a kedvezőbb életkörülmények, környezeti hatások közé kerülés válik a fő mozgatóvá. Mindez együtt jár a vándorlások intenzitásának csökkenésével. A külső és a belső vándorlások lassulása összefügg azzal is, hogy a régiók közti és a régió belüli különbségek kiegyenlítődnek. A betegjog képviselőinek feladatai rendeződnek át a népesség területi átrétegződésével.

A régió az ipar fejlettsége miatt vándorlási szempontból nyereséges. Különösen igaz ez Fejér megyére és Székesfehérvárra. A belső átrétegződés érdekessége, hogy néhány nagyobb centrum népességszáma csökkent, ugyanakkor a falvakban összességében vándorlási nyereség keletkezett. A vándorlási nyereség oka, hogy a városból a munkanélküliek egy része kiköltözött az olcsóbb megélhetést biztosító falvakba. Ezekben a falvakban nagy létszámú munkanélküli „új zsellér” keletkezett. Egy részüknek biztosítása sincs, ami külön feladatot ró az egészségügy képviselőire. A falu vándorlási nyereségének másik oka, hogy a város mobilisabb népességéből egyre többen költöznek ki a kellemesebb környezetet biztosító falvakba, ahol adott a megfelelő alpinfrastruktúra.

A népesség koreloszlása

A lakosság életkori eloszlását a korfa mutatja, melyet a régióra vonatkozóan mutatunk be, bár lényeges különbség az országos és a régióra vonatkozó korfa, illetve az egyes régiók korfája között nem látható (14. ábra).

14. ábra.
A régió korfája, 2001
(Szerk.: Antal G)



A lakosság átlagos életkorát, a korcsoportonkénti férfi-nő arányt tekintve regionális szintű különbségek érdemben nem mutathatók ki. Általában jellemző, hogy a korfa 20 éves kor alatt egyenletesen keskenyedik, a 45-50 és a 25-30 éves sávban vannak a legnagyobb értékek. Az idős korúak növekvő aránya új feladatokat szab a betegjog képviselőire. Egyrészt növekszik az egészségügyi ellátásra szorulóak száma, másrészt a halandóság is jelentősen növekszik. A falvak előregedése felgyorsult. A falu első számú problémája lesz az idősek ellátásának biztosítása, közétkeztetést is biztosító nyugdíjas klubok, időotthonok létesítése.

Foglalkoztatottság

A gazdasági aktivitás (a gazdaságilag aktív lakosság aránya a gazdaságilag aktív és nem aktív lakosság viszonylatában) 75,9 %. Általában az ország keleti- és nyugati területein jellemzően alacsonyabb a munkanélküliség. Az 1994-2001 közötti négy évben mindezt jelölve csökkent az arány.

A foglalkoztatás a válságoktól távoli vidéki területeken jellemzően a legmagasabb szinten van. Az országban a legmagasabb szinten van a foglalkoztatás, ahol a munkanélküliség a legkisebb. Az országban a legmagasabb szinten van a foglalkoztatás, ahol a munkanélküliség a legkisebb.

10. táblázat

A lakosság kor szerinti megoszlása és Közép-Dunántúli Régióban és Magyarországon
1995-ben és 2000-ben
(Szerk.: Antal Géza)

Terület	0–14 éves			15–59 éves			60–x éves		
	1995	1999	2001 előzetes népszám- lálási adatok	1995	1999	2001 előzetes népszám- lálási adatok	1995	1999	2001 előzetes népszám- lálási adatok
Fejér megye	81 054	74 701	75 615	271 787	273 414	280 323	72 998	75 413	78 687
Komárom- Esztergom megye	57 564	53 986	55 769	200 020	200 327	202 742	54 989	57 487	59 583
Veszprém megye	70 892	63 758	63 251	239 699	238 991	239 465	67 813	69 113	73 337
Közép- Dunántúli Régió	385 818	192 445	194 635	133 849	712 705	722 530	387 170	202 013	211 607
Magyarország	1 836 477	1 717 243	1 716 350	6 390 682	6 351 798	6 415 353	1 985 141	1 974 183	2 063 810

A régióon belül minden megyében negatív a szaporodási mutató. Az időszerűak arányának növekedése, a szociális és egészségügyi gondok halmozódása fokozottan jelentkezik.

A korcsoportos halálozás az elmúlt 30 évben a 29 év alattiak között csökkenő mértékű volt a régióban. Emelkedett azonban a 30–59 évesek halálozása a régióban és országosan is, míg a 60 év felettieké az 1980-as kiugrástól eltekintve csökkent 2000-ig.

Foglalkoztatottság

A gazdasági aktivitás (a gazdaságilag aktív lakosság számának aránya a gazdaságilag aktív és nem aktív lakosság számának összegéhez képest) 55,9 %. Általában az ország középső és nyugati területein jellemzően alacsonyabb a munkanélküliség. Az 1998-2001 közötti négy évben mindenütt jelentős csökkenést mutat.

A foglalkoztatás a városoktól távoli aprófalvakban jelenti a legnagyobb gondot. Igen nehéz a cigányság helyzete, akik először kerülnek leépítésre és utoljára veszik fel őket. Az uralkodó szegénység miatt az egészségügy képviselőinek még jobban figyelni kell a települések problémáira.

7.1.2. Az egészségügyi ellátórendszer helyzete

Az EU-csatlakozás szükségessé teszi, hogy a már többször átalakított egészségügyi rendszer megfeleljen az elvárásoknak. Az 1990-es években elkezdődött egészségügyi reform többször kísérletet tett a rendszer modernizálására és egy új szemlélet megvalósítására. Az ellátórendszer fogalma alatt az alapellátást, a járó- és fekvőbeteg szakellátást és a mentőszolgálatot értjük. Az ellátórendszer akkor megfelelő, ha viszonylagos egyenlőséget biztosít az egészségüghöz való hozzáférhetőségben.

Alapellátás

A szolgáltatások egységes, egymásra épülő rendszerében elsődleges szerepe az alapellátásnak van. A meglévő háziiorvosi hálózat működésével érvényesül a területi ellátási kötelezettség, a lakosság hozzáféréseinek elve.

A közép-dunántúli régió megyéiben a háziiorvosok és házi gyermekorvosok száma arányos a megyék lakosság számával.

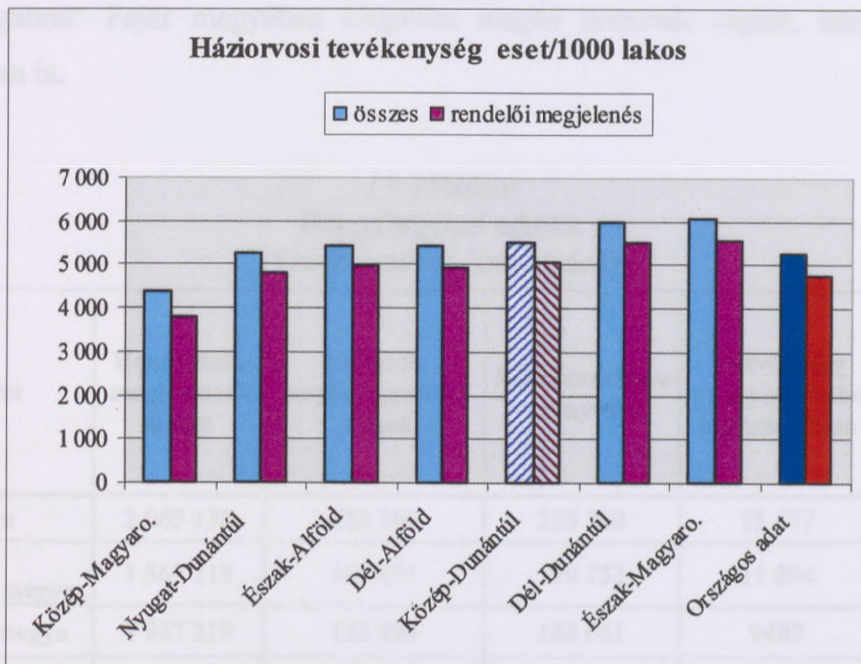
15. táblázat
Háziiorvosok száma
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Háziorvosok	Házi gyermek- orvosok	Összesen
	száma		
Fejér megye	207	64	271
Komárom- Esztergom megye	157	50	207
Veszprém megye	194	55	249
Közép-Dunántúli Régió	558	169	727

Fejér megye	207	2025	2056	176	268	764
Komárom- Esztergom megye	208	2014	1879	232	368	368
Veszprém megye	2034	1873	1801	102	353	352
Közép-Dunántúli Régió	2114	1992	1836	510	789	782
Magyarország	1218	1912	1902	74	380	781

A háziiorvosi beosztásokról adatok láthatóak, hogy a régióban a rendelkezésre álló orvosok 11,3%-át irányítják szakrendeléseikre. Az Állami orvosok (12,8%) és az Állami Komárom-Esztergom megyében, Veszprém megyében azonban csak 10%.

18. ábra.
Háziorvosi Tevékenység , 2001
(Szerk.: Antal G)



Az egy háziorvosra jutó lakosok száma 1995 és 1999 között az országos tendenciával egyezően csökkent, de a régió adatai magasabbak az országos átlagnál. Fejér megyében ez a szám a régiós átlagot is meghaladja. Az egy háziorvosra jutó 60 éven felüli lakosok számának alakulása is megegyezik az országos tendenciával.

16. táblázat
Egy háziorvosra jutó lakosok száma
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Egy háziorvosra jutó lakosok száma			Egy háziorvosra jutó 60 éven felüli lakosok száma		
	1995	1998	1999	1995	1998	1999
Fejér megye	2195	2039	2056	376	360	364
Komárom-Esztergom megye	2108	2014	1973	372	366	366
Veszprém megye	2034	1932	1921	365	355	356
Közép-Dunántúli Régió	2114	1995	1986	371	360	362
Magyarország	2038	1937	1940	396	380	381

A háziorvosi betegforgalmi adatokból kitűnik, hogy a régióban a rendelésen megjelentek 11,3%-át irányítják szakrendelésekre. Az átlagnál magasabb(12,8%) ez az arány Komárom-Esztergom megyében, Veszprém megyében azonban csak 10%.

A fekvőbeteg gyógyintézetbe utaltak aránya a rendelésen megjelentekhez viszonyítva Fejér és Komárom-Esztergom megyében 0,8%, Veszprém megyében 0,5%. A háziorvosok „egyéb forgalma” Fejér megyében kiugróan magas nemcsak régiós, hanem országos viszonylatban is.

17. táblázat
Betegforgalmi adatok
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Rendelésen megjelentek száma	Lakáson meglátogatottak száma	Szakrendelésre irányítás	Fekvőbeteg gyógyintézetbe utaltak száma	Egyéb forgalom
Fejér megye	2 065 130	255 160	236 500	15 677	14 754
Komárom-Esztergom megye	1 563 115	160 871	199 733	11 894	1892
Veszprém megye	1 847 210	152 993	184 661	9407	3242
Közép-Dunántúli Régió	5 475 455	569 024	620 894	36 978	19 888

A régióban a rendelésen megjelentek aránya az országos átlaghoz viszonyítva 107,7%, Fejér megyében 109,5%. A lakáson meglátogatottak aránya a régióban viszont csak 92,3%-a az országos átlagnak. A szakrendelésre irányítás 95,4%-a az országos adatnak, Komárom-Esztergom megyében viszont meghaladja az országos átlagot. A Fejér megyei háziorvosok egyéb forgalma több mint háromszorosa az országos átlagnak.

18. táblázat
Egy háziorvosra jutó betegforgalom
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Rendelésen megjelentek száma	Lakáson meglátogatottak száma	Szakrendelésre irányítás	Fekvőbeteg gyógyintézetbe utaltak száma	Egyéb forgalom
Fejér megye	9976	1232	1142	76	71
Komárom-Esztergom megye	9956	1024	1272	76	12
Veszprém megye	9522	788	952	48	17
Közép-Dunántúli Régió	9813	1020	1112	66	36
Magyarország	9119	1105	1166	67	21

A központi háziorvosi ügyelet adatai alapján az ambulancián megjelent betegek száma a régióon belül Fejér megyében (44,2%), az ügyelet alatt hívásra történt beteglátogatások száma viszont Komárom-Esztergom (36,4%) megyében a legmagasabb.

19. táblázat
Háziorvosi ügyelet adatai
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Központi orvosi			Ambulancián megjelent betegek	Hívásra történt beteglátogatás
	ügyeleti szolgálatban résztvevő valamennyi orvos	ügyelet által ellátott praxisok száma	ügyeletet ellátó háziorvosok száma egy ügyeleti alkalommal		
Fejér megye	245	223	21	91 652	29 371
Komárom-Esztergom megye	207	199	18	41 979	31 859
Veszprém megye	257	258	19	73 828	26 256
Közép-Dunántúli Régió	709	680	58	207 459	87 486

A házi gyermekorvosokhoz bejelentkezett 0–14 éves korú gyermekek számának elemzésekor megállapítható, hogy a régióban az országgal közel azonos a bejelentkezettek aránya (71,1%), Komárom-Esztergom megyében viszont ennél jóval magasabb (81,3%).

20. táblázat
A házi gyermekorvosokhoz bejelentkezett 0–14 éves korú gyermekek száma
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Összesen	Orvoshoz bejelentkezettek	Arány (%)
Fejér megye	74 701	50 909	68,2
Komárom-Esztergom megye	53 986	43 880	81,3
Veszprém megye	63 913	41 716	65,3
Közép-Dunántúli Régió	191 970	136 505	71,1
Magyarország	1 717 243	1 231 110	71,7

21. táblázat
Házi gyermekorvosok betegforgalma
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Rendelésen megjelentek száma	Szaktanácsadáson megjelentek száma	Látogatások száma
Fejér megye	427 679	47 439	49 844
Komárom-Esztergom megye	358 528	33 254	53 329
Veszprém megye	347 238	42 462	32 483
Közép-Dunántúli Régió	1 133 445	123 155	135 656

Az egy házi gyermekorvosra jutó betegforgalmi adatok alapján a régióban rendelésen megjelentek aránya az országos átlaghoz viszonyítva 110,3%; a régión belül ennél magasabb Komárom-Esztergom megye adata (117,9%). A szaktanácsadáson történő megjelenések viszont az országos átlag alatt vannak a régióban. Ez alól kivétel Veszprém megye, ahol az országos átlag felett van a vizsgált mutató. A látogatások száma, amely magába foglalja a preventív és a beteglátogatásokat egyaránt, a régió tekintetében alacsonyabb az országos átlagnál, de Komárom-Esztergom megyében az országosnak 113%-a.

22. táblázat
Egy házi gyermekorvosra jutó betegforgalom
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Rendelésen megjelentek száma	Szaktanácsadáson megjelentek száma	Látogatások száma
Fejér megye	6682	741	779
Komárom-Esztergom megye	7171	665	1067
Veszprém megye	6313	772	591
Közép-Dunántúli Régió	6707	729	803
Magyarország	6081	754	943

A fogorvosok közül Fejér megyében 6 fő, Veszprém és Komárom-Esztergom megyében 8–8 fő lát el 6000 fő feletti körzetet. A finanszírozott fogorvosok közül többen folytatnak magántevékenységet is.

23. táblázat
Az alapellátást végző fogorvosok adatai
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Összesen (fő)	Ebből	
		Finanszírozott	Nem finanszírozott
Fejér megye	148	110	38
Komárom-Esztergom megye	143	66	77
Veszprém megye	130	87	43
Közép-Dunántúli Régió	421	263	158

24. táblázat
Foglalkozás-egészségügyi alapellátás
(Szerkesztette: Antal Géza)

Terület	Összesen (fő)	Ebből háziorvosi tevékenységet is folytat	
		Területi ellátási kötelezettséggel	Területi ellátási kötelezettség nélkül
Fejér megye	96	43	8
Komárom-Esztergom megye	115	66	7
Veszprém megye	120	48	20
Közép-Dunántúli Régió	331	157	35

Járó-beteg szakellátás

Országosan a 100 lakosra jutó teljesített járó-beteg szakorvosi munkaórák száma az elmúlt években emelkedett, a gyógykezelési esetek számával együtt. A régióban a teljesített szakorvosi munkaórák száma a legalacsonyabb, de a 100 lakosra jutó gyógykezelési esetek száma is alacsonyabb az országos átlagnál.

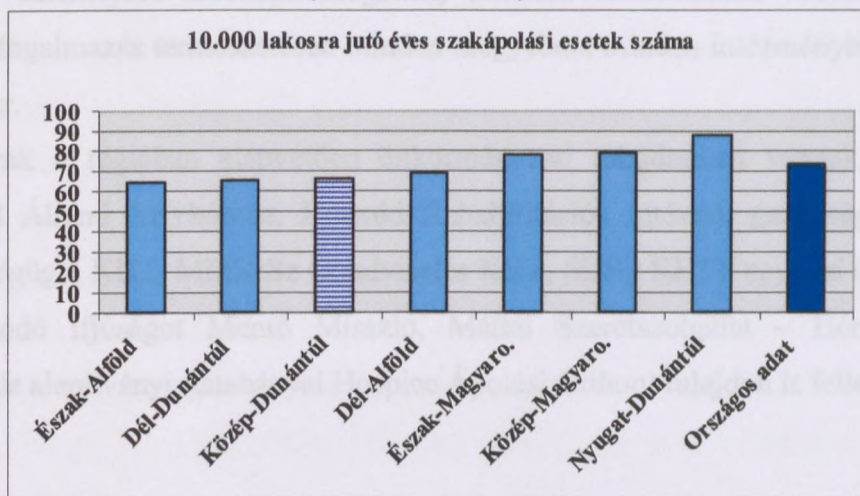
Ezt az eltérést csak részben magyarázza Komárom-Esztergom és Fejér megye vonatkozásában a fővárosi intézetek közelsége.

A járó-beteg ellátó intézmények technikai kapacitása és annak szakmánkénti térbeli elhelyezkedése a fejlesztések ellenére rendkívül kiegyenlítetlen. A régióra jellemző orvoshiány miatt a mind építészetileg, mind műszerezettség szempontjából megfelelően kialakított szakambulanciák működése is számos problémát mutat. A TB által befogadott és szakmailag megfelelő struktúrában rendelkezésre álló kapacitás sem kihasznált.

Azokon a területeken, ahol a régióban a közeljövőben felmerül a fekvőbeteg gyógyintézet működésének megszűnése, különös hangsúlyt kap a meglévő járó-beteg szakellátó kapacitás megerősítése, mind a helyben adható definitív ellátás, mind a kistérségben dolgozó háziorvosok részére nyújtott szakmai konzultációs tevékenység szempontjából.

A betegutak, a háziorvosi továbbküldési mutatók, a szakmai igények, a járó-beteg szakellátás meglévő kapacitásainak kihasználtsága, adatainak szakmák szerinti vizsgálata és elemzése megmutathatja a fejlesztési, valamint a tartós kihasználatlanság miatt szóba jövő leépítési helyeket és irányokat.

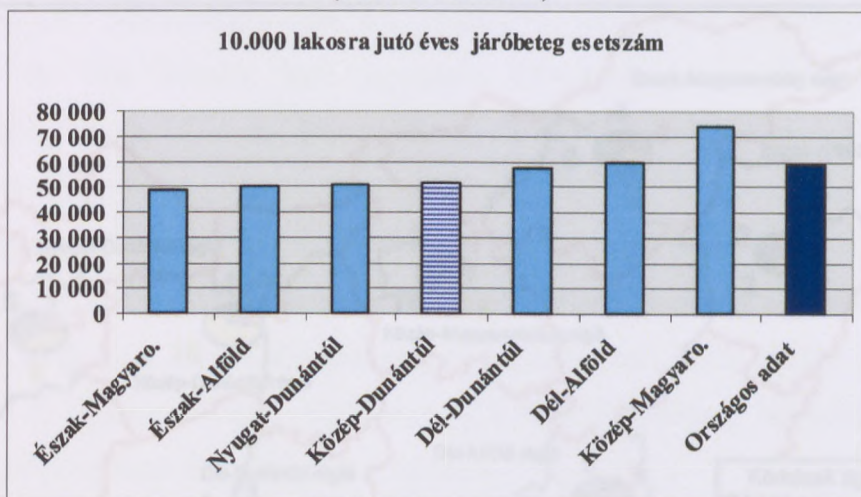
19. ábra.
Szakápolási esetek, 2001
(Szerk.: Antal G)



20. ábra.

A járóbeteg területi eloszlása , 2001

(Szerk.: Antal G)



Fekvőbeteg szakellátás

A Közép-Dunántúli Régió lakosságának fekvőbeteg ellátása mutatja mindazokat a problémákat, amelyek az országos helyzetre jellemzők. Az egészségügyi ellátás kórház-centrikus. Túláságosan nagy az alapellátás és a járó-beteg ellátás továbbküldési, beutalási aránya.

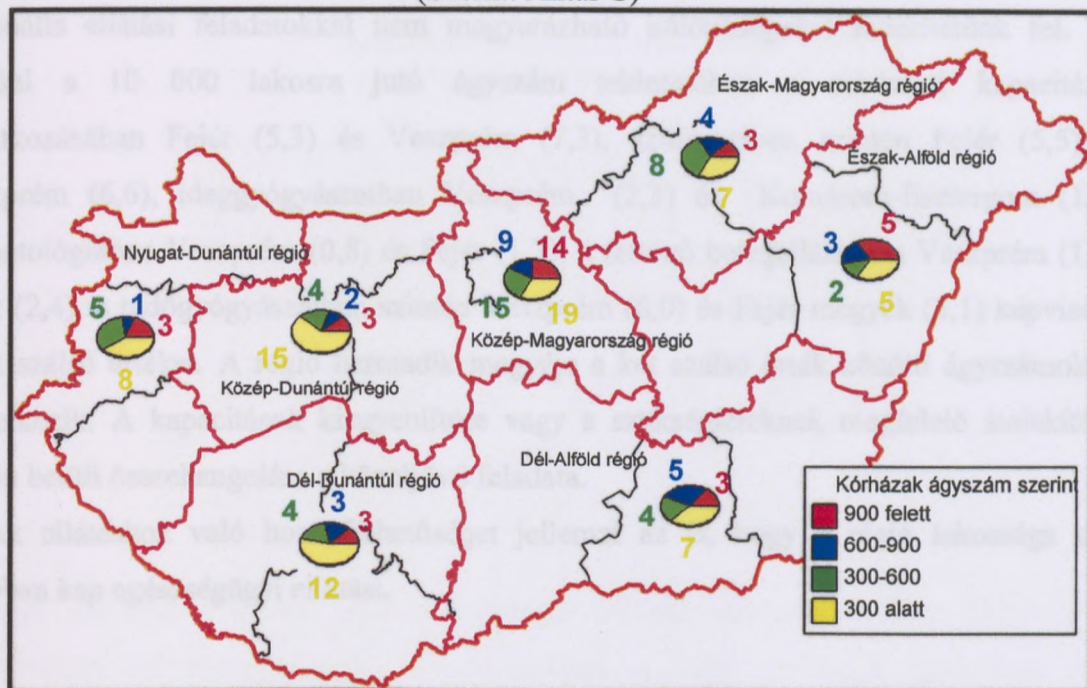
Egyenlőtlen az intézmények területi eloszlása, nincs egyenlőség az egyes ellátásokhoz való hozzáférhetőségben, építészeti és műszerezettség hiányosságok mutatkoznak, gondok vannak bizonyos szakmák orvosellátottságában, szinte általános a nővérhiány, alacsonyak a bérek.

Mindezek ellenére általában jó az ellátás szakmai színvonala, elsősorban az egészségügyi személyzet áldozatkészségének, szakmai ismereteinek köszönhetően. A sommás megfogalmazás természetesen minden megyében, minden intézményben más-más helyzetet takar.

A kórházak a régióban alapvetően önkormányzati tulajdonban vannak, de állami (Balatonfüred Állami Szívkórház, Honvéd Rehabilitációs Intézet), gazdasági társasági, (Vasútegészségügyi KHT, MMSzSz Gondviselés KHT, Sirály KHT), egyházi (Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió, Máltai Szeretszolgálat – Héreg, Dömös Szakkórház) és alapítványi (tatabányai Hospice Ápolási Otthon) tulajdon is fellelhető.

21. ábra.

A kórházak száma régiónként, ágyszám szerint , 2001
(Szerk.: Antal G)



A területi eloszlás nem ideális, mert míg Fejér megyében három, addig Veszprém megyében 12 kórház (köztük kilenc önkormányzati) működik.

Ez a szám Komárom-Esztergom megyében szintén kilenc. Az ágyszámok tekintetében is mutatkozik eltérés a három megye közt, illetőleg a regionális és országos adatok között.

Az országosan 10 000 lakosra jutó álló 84 ágy helyett Komárom-Esztergom megyében 68, Fejér megyében 69, ágy áll rendelkezésre, míg Veszprém megye (az országos feladatú ágyakkal együtt) az országos átlagot mutatja.

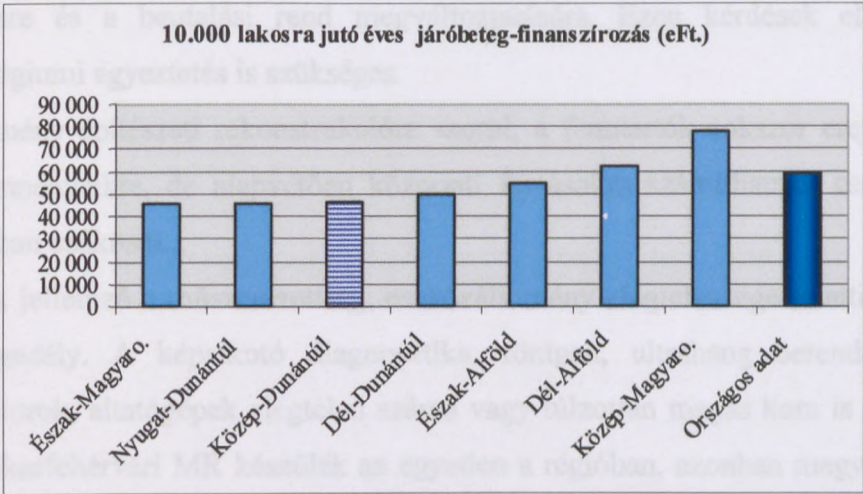
Az aktív ágyak száma alacsonyabb az országosnál, de ez nem meglepő, hiszen régióink megyéiben nem működnek klinikák, országos intézetek. *Krónikus kapacitásaink* – különösen demográfiai adataink, a lakosság összetételének jelenlegi és prognosztizálható alakulása alapján – alacsonyak, Veszprém megye kivételével (országos intézmények) az országos átlag alattiak.

Kiemelten igaz ez az ápolási és utókezelő ágyaink számát tekintve. Veszprém megye keleti felében gyakorlatilag nincs ápolási kapacitás. Komárom-Esztergom megyében 10 000 lakosra 1,36 utókezelő és 0,65 tartós ápolási ágy áll rendelkezésre, ami szintén elégtelen. Az országos szintet (ami ugyancsak nem ítéltető elégségesnek) ezen a téren egyedül Fejér megye éri el. Általában a kórházi kapacitások és a szükségletek nincsenek összhangban a régióban.

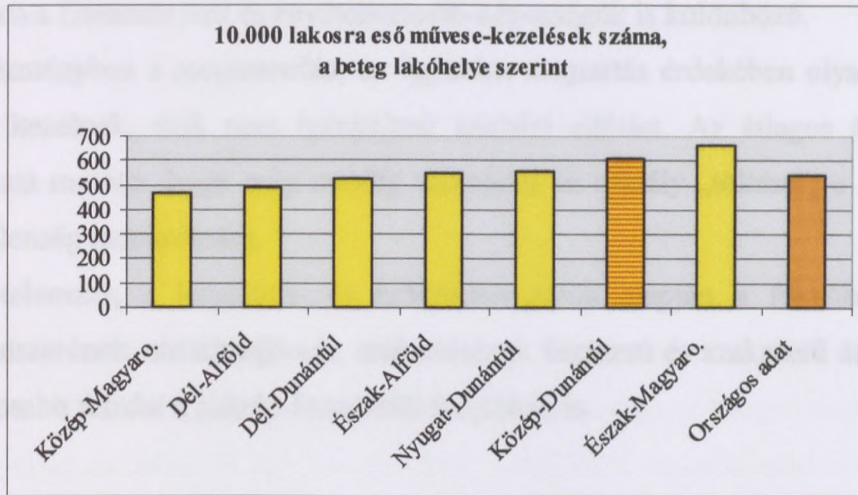
Ha az ellátás belső szakmai struktúráját nézzük, ismét egyenletlenséget tapasztalunk. Bizonyos szakmák kapacitásait összehasonlítva jelentős szükségletekkel vagy országos, regionális ellátási feladatokkal nem magyarázható különbségeket fedezhetünk fel. Így például a 10 000 lakosra jutó ágyszám tekintetében a sebészeti kapacitások vonatkozásában Fejér (5,3) és Veszprém (7,3), szülészeten szintén Fejér (5,5) és Veszprém (6,6), ideggyógyászatban Veszprém (2,3) és Komárom-Esztergom (1,5), reumatológiában Veszprém (0,8) és Fejér (1,7), a fertőző betegellátásban Veszprém (1,1), Fejér (2,4), a tüdőgyógyászatban szintén Veszprém (6,0) és Fejér megyék (3,1) képviselik a két szélső értéket. A régió harmadik megyéje a két szélső érték közötti ágyszámokkal rendelkezik. A kapacitások kiegyenlítése vagy a szükségleteknek megfelelő átalakítása, régió belüli összehangolása a közeljövő feladata.

Az ellátáshoz való hozzáférhetőséget jellemzi az is, hogy a régió lakossága más régióban kap egészségügyi ellátást.

22. ábra.
Járóbeteg finanszírozás , 2001
(Szerk.: Antal G)



23. ábra.
A művese kezelések száma , 2001
(Szerk.: Antal G)



Nem meglepő – hiszen nem is szükséges ellátást szervezni minden régióban pl. szívsebészet, szívtranszplantáció vonatkozásában –, hogy ezeken a területeken nem rendelkezünk kapacitásokkal, de tény, hogy onko-hematológia, onko-radiológia, idegsebészet, mellkas-sebészet, gyermeksebészet, szájsebészet, laboratóriumi ellátás, MRI vonatkozásában a régió megyéi között lényeges különbségek, illetve hiányok mutatkoznak.

Fentiek nem jelentik azt, hogy a felsorolt valamennyi területen feltétlenül szükséges régió belül fejleszteni, de az egyes szakmák alapos elemzése után javaslatot kell tennünk a továbblépésre és a beutalási rend megváltoztatására. Ezen kérdések eldöntéséhez Szakmai Kollégiumi egyeztetés is szükséges.

Sok intézmény építészeti rekonstrukcióra szorul, a fenntartók sokszor erejükön felül költenek intézményeikre, de alapvetően központi forrásokra számíthatnak csak. Ezek a források azonban szűkösek.

Ugyancsak jellemző a műszerezettség, eszközállomány elégtelensége miatti ideiglenes működési engedély. A képalkotó diagnosztika, röntgen, ultrahang berendezések, az intenzív monitorok, altatógépek elégtelen száma vagy túlzottan magas kora is oka ennek. Jelenleg a székesfehérvári MR készülék az egyetlen a régióban, azonban megyénként egy lenne indokolt.

A régióban a magas kórházszám mellett sem elégséges a teljes sürgősségi ellátást is nyújtani képes kórházak száma. Ezen a téren a további fejlesztések elengedhetetlenek.

Az intézmények működési adatai eltérőek, ami azt jelzi, hogy nem azonos a beteganyaguk, a szakmai beavatkozások színvonala eltérő, és természetesen ezzel összefüggésben a finanszírozás és bevételtermelő-képességük is különböző.

Több intézményben a megmaradás, az ágyszám-megtartás érdekében olyan beteget is az osztályon kezelnek, akik nem igényelnek kórházi ellátást. Az átlagos ápolási idők vizsgálata is azt mutatja, hogy még mindig szempont az osztály „töltése”, a „tele-ágy” a nélkülözhetetlenség indokolására.

A helyzetelemzés, a kapacitás- és működésmutatók alapján a fekvőbeteg ellátás intézményrendszerének, struktúrájának, működésének észszerű és szakszerű átalakítása az egyik legfontosabb feladat a Közép-Dunántúli Régióban is.

25. táblázat

A régió fekvőbeteg intézményei

(Szerkesztette: Antal Géza)

Szakterület	Fejér megye	Komárom-Esztergom megye	Veszprém megye
megyei kórházak száma	1	1	1
városi kórházak száma	2	3	6
szanatórium	-	-	-
országos intézet	-	-	1
szakkórházak száma	-	5	3

A Közép-Dunántúli Régió fejlesztési programjai

A demográfiai, morbiditási és annak működését bemutató elemzések egyértelműen az jelzik, hogy a Közép-Dunántúli Régióban is jelentős tennivalók vannak az egészségügyben. A lakosság egészségi állapota az országos mutatókhoz képest jó néhány betegség tekintetében rosszabb állapotot tükröz, magas a korai halálozás, alacsony a születési szám és a születéskor várható élettartam, a keringési és daganatos betegségek adják a halálozás 3/4-ét, különösen magas a szélütések okozta korai halálozás és az alkoholos eredetű halálozás.

A helyzetelemzésben bemutatott állapotokért távolról sem az egészségügyi ellátás tehető felelőssé, de a helyzet bemutatása, a társadalom tennivalóinak meghatározása, a tevékenység koordinálása és a lakossági kommunikáció az egészségügyre tartozó feladat csakúgy, mint az egységes elveken nyugvó, azonos színvonalú, a szükségleteknek megfelelő ellátás nyújtására szerkezetében és működésében is alkalmas ellátórendszer kialakítása és üzemeltetése.

Prioritások

Az egészségfejlesztések területén nem szükséges külön regionális elképzelések kimunkálása, a feladat az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program mind teljesebb végrehajtása térségünkben. Ehhez a Program széleskörű társadalmasítása szükséges, régiós, megyei, helyi szintű kommunikációval, a 17 alprogram akcióihoz, az életmód-változást generáló programokhoz, továbbá lakossági szűrővizsgálatokhoz történő csatlakozással.

Az egészségügyi ellátórendszer régióinkban is kórház-centrikus, a betegellátás az esetek jelentős számában a szükségesnél magasabb szinten történik. A változtatáshoz a háziorvosi és járó-beteg szakellátás korszerűsítése elengedhetetlen, így az ellátó hálózat átalakításának egyik prioritása ennek a két ellátásnak a fejlesztése.

A következő prioritás a halálokok felét jelentő szív- és agyi érbetegségek ellátásának korszerűsítése, amely a legnagyobb számú beteget érinti, és a legnagyobb hatású változást jelentheti az érintettel életminőségének és életkilátásainak javításában.

A fenti betegségek, valamint a haláloki rangsorban harmadik helyen álló balesetek eredményes ellátásához nélkülözhetetlen a sürgősségi betegellátás teljes rendszerének megreformálása, amely a régiós program harmadik prioritása.

Részen az összes halálozás negyedét adó daganatos halálozás rendkívül magas volta, a daganatos betegek még nagyobb száma, részben a szűrővizsgálatokon várhatóan kiszűrt betegek mind magasabb színvonalú ellátásának biztosítása igényli az onkológiai ellátás rendszerének újragondolását és továbbfejlesztését, ami a régiós program negyedik prioritása.

A lakosság korösszetételének mai és várható alakulása, a gondozásra, ápolásra szoruló betegek egyre nagyobb ellátási szükséglete igényli a krónikus ellátás (otthoni és intézményi) feltételrendszerének jelentős javítását, bővítését, ami a következő (5.) prioritás a Közép-Dunántúli Régióban.

Az egységes, magas színvonalú betegellátás nem nélkülözheti a minőségbiztosítás régiós rendszerének újragondolását, ami önálló fejlesztésként prioritást élvez a régió egészségügyi ellátórendszerének fejlesztése kapcsán.

Az ellátás régiós fejlesztése természetesen az elhatározáson és a jó programokon túlmenően igen sok külső feltétel, körülmény függvénye. Ilyen a jogszabályi, finanszírozási, pályázati környezet alakulása, az önkormányzati akarat, az EU-támogatások rendszere, amelyek a megvalósulás fázisában befolyásolják a programok alakulását, és amelyek miatt néhány program kívánságlistának tűnhet, javaslattételre, ösztönzésre, kezdeményezésre szorítkozhat.

Háziorvosi ellátás korszerűsítése

Az egészségügy átalakításának egyik kulcskérdése, hogy minden beteg az állapotának megfelelő szinten jusson definitív ellátáshoz. A másik, hogy az egészségügy (és az egész társadalom) képes legyen a prevenció irányába elmozdulni.

A terv 23 új háziorvosi praxis kialakítását tartja szükségesnek a régióban, abban az esetben, ha a finanszírozási feltételek megfelelő mértékben javulnak.

A háziorvosi ellátás korszerűsítésének alapvetően az alábbi eszközeit tervezzük és javasoljuk regionálisan bevezetni:

- Az alapellátási praxisok számának növelése, az egy körzetre jutó lakosság számának csökkentése.
- A háziorvosi asszisztencia létszám- és feladatbővítése, elsősorban a népegészségügyi programból is adódó preventív tevékenység fejlesztése érdekében.
- Informatikai rendszerfejlesztés az egészségügy egyes ellátói között.
- A háziorvos-továbbképzés régiós rendszerének kialakítása.
- A sürgősségi betegellátás rendszerében az alapellátás ügyeleti rendszerének fejlesztése, a lakossági elsősegély-nyújtási ismeretek bővítése.

A lakosság egészségügyi ellátásának alapja a háziorvosi rendszer. A háziorvos felelősséggel tartozik a hozzá tartozó lakosság egészségi állapotáért, legyen az a gyógyító tevékenység vagy az évek óta várt preventív ellátás.

A népegészségügyi program egyik kulcs szereplője a háziorvos: a lakosság egészségügyi felvilágosításában, a szűrővizsgálatokban való részvétel népszerűsítésében, az alapellátás keretén belül megvalósítható szűrőprogramok elvégzésében, a helyben elvégzett definitív terápiás tevékenységben, a betegek gondozásában, a rehabilitációban betöltött szerepe miatt.

Jelenleg a háziorvosok tevékenysége a betegségekkel, panaszokkal jelentkezők gyógyítására szorítkozik a nagy betegforgalom miatt. Minimális idő jut a preventív tevékenységre, mely feltétlenül szükséges lenne. Nélkülözhetetlen tartjuk a háziorvosi körzetek méretét maximálni úgy, hogy a csökkenő méretű körzetek finanszírozása ne essen vissza.

A régióban meglévő háziorvosi szolgálatok száma fejlesztésének számos alapfeltétele van, amelyek teljesítése esetén van lehetőség újabb praxisok létrehozására. Jelen kapacitás meghatározásánál tájékoztató adatként lehet kezelni az egy szolgálatra jutó lakosságszámot, de figyelembe kell venni a települések nagyságát, azok egymástól való távolságát, közlekedési infrastruktúráját is. A szakma egyöntetű véleménye szerint ideális lenne felnőttek esetében az 1200 lakos/praxis, gyerekeknél az 600 fő/praxis kialakítása, amely lehetővé tenné a szakmai munka színvonalának emelését, a prevenció és gondozás feladatainak a kor színvonalán történő végzését. A jelenlegi jogszabályok módosítása nélkül azonban nem lehet új praxisokat kialakítani.

Regionális szinten nincs meg minden eszközünk ezen folyamatok befolyásolására, nem lévén jogalkotási és finanszírozási kompetenciánk, így tehát marad a megerősítés, a szakmai és anyagi ösztönzés, a javaslattétel az önkormányzatok, szolgáltatók irányába, illetőleg jogszabályok alkotásának, módosításának, a finanszírozás átalakításának kezdeményezése a Kormány és az Országgyűlés felé.

A preventív tevékenységet a háziorvos alapvető feladatává kell tenni. Semmiféle más preventív rendszer (szűrőállomások) eredményes működtetése nem képzelhető el a háziorvos közreműködése nélkül.

Ahhoz, hogy a betegség-megelőző tevékenység célja megvalósuljon, szükséges, hogy a háziorvos asszisztenciája minimálisan két személyre bővüljön (a jelenlegi szabályozás szerint egy ápoló működése szükséges); ezt rendeletileg kell szabályozni, ugyanakkor a praxisok megfelelő finanszírozását is ennek arányában kell megállapítani. Nem szükséges külön szűrő-asszisztensek képzése, beállítása, a preventív tevékenységet jobban el tudják látni a betegekkel közvetlen kapcsolatban lévő asszisztensek, mint az esetleg beállításra kerülő szűrő-asszisztensek (a gondolat szerepel az Nemzeti Egészségvédelmi Programban).

A minőségi fejlődéshez szükség van az alap- és járó-beteg szakellátás, valamint a fekvőbeteg ellátó helyek közötti informatikai összeköttetés kialakítására. Az orvosok és a betegek számára gyorsabb, pontosabb időpontkérésre, betegbeutalásra, szakorvosi konzultációra nyílna lehetőség ezáltal.

A feltételek megteremtésével a betegek felesleges utaztatása megszüntethetővé válna, a beküldő orvos gyors információszerzésével (labor, röntgen eredmények, szakkonzílium lekérése) a betegek kezelési feltételeinek javítása, egyszersmind az alapellátó orvos munkájának megkönnyítése érhető el.

Ugyancsak szükséges a háziorvosok továbbképzése jelenlegi rendszerének fejlesztése. Felmerül egy regionális Tudásközpont kialakításának szükségessége, ahol a továbbképzések szervezése, koordinálása megvalósulhatna. A továbbképző központ a régió összes egészségügyi szakemberének a továbbképzését szervezné, beleértve a mentőszolgálat terén, illetve az otthonápolásban dolgozó egészségügyi szakembereket is.

A szakellátás fejlesztése

A korábbiakban jelzetteknek megfelelően az elmúlt időszakban kialakult torz, és a szükségletekhez alkalmazkodni nem képes egészségügyi struktúra a fekvőbeteg ellátás irányába tolódott, ami miatt természetesen drágább is, mint lennie kellene. Az átalakítás egyik vitathatatlanul fontos eszköze a járó-beteg szakellátás fejlesztése, konzultatív szerepének javítása, beteghez, alapellátáshoz való közelítése.

Ennek a prioritásnak érvényt szerezve a valós szükségletek szerint alakulhat a fekvőbeteg ellátó kapacitás, csökkenhetnek a területi ellátási különbségek, javulhat gyorsulhat a diagnosztika, csökkenhet a táppénzen tartás időtartama, szakmailag erősödhet az alapellátás.

A járó-beteg szakellátás mára gyakorlatilag kétszintű. Az egyik a szakrendelési szint, amely szakorvosi igényű, általában nincs jelentős nagy értékű műszer- és műszaki-építészeti háttérigénye.

Igaz, hogy általában legalább 40 000 lakos ellátása biztosítja egy teljes rendelés, pontosabban rendelőintézet fenntarthatóságát, ami nem mindig valósul meg régiókban.

A másik szint a kórházi osztályhoz, annak műszer, eszköz, építészeti, személyi, tudás stb. feltételrendszeréhez kapcsolódó szakambulancia szint, amely a kórházi osztállyal együtt működik.

A régiós járó-beteg szakellátás fejlesztése elsősorban a szakrendelési szint átalakítását kell, hogy jelentse, nem elhanyagolva természetesen a kórházi szakambulanciák osztályokban kapcsolódó és egyáltalán nem haszontalan, hatékonyság-növelő korszerűsítését.

A szakrendelési szint fejlesztése jelenti a jelenlegi rendelői óraszám-kapacitás normatíván belüli átalakítását, új rendelések létesítését elsősorban az újonnan városokká nyilvánított településeken, kistérségeikben, de jelenti csoportpraxisok létrehozása által az alapellátáshoz közvetlenül kapcsolódó rendelésekkel a szakellátás beteghez történő közelítését.

Az átalakításban segíthet több frissen megjelent jogszabály, amelyek a működtetés új formáinak meghonosítását eredményezhetik, felgyorsíthatják a privatizációt, amely megváltoztathatja a kialakult rendelőintézeti struktúrákat, új érdekeltségi viszonyokat teremthet, ezáltal hozzájárulhat az ellátás lakossághoz, beteghez történő közelítéséhez, valamint a szakorvosok járó-beteg ellátásban nagyobb számban történő szerepvállalásához. Ugyancsak fontos momentum a 10 000 lakosra jutó maximális heti rendelési óraszámok újbóli szabályozása (11/2002. EüM. rendelet).

Természetesen a régió, a Regionális Fejlesztési Tanács segíthet abban, hogy az ellátási felelősséget viselő önkormányzatok, az egészségpolitikai döntéseket hozó, a pénzügyi támogatásra pályázatokat kiíró Minisztérium és OEP döntéseiben a járó-beteg ellátás fejlesztése kiemelt szerepet kapjon, hogy az épület-, műszer- és eszköz-ellátottság és a humán erőforrások fejlesztései erre a területre is koncentrálódjanak. A régió lehetőségei természetesen korlátozottak az átalakulás ösztönzésére, de támogatni szükséges minden akaratot, amely ebbe az irányba mutat.

A meglévő rendelések esetében a kardiológia, az echokardiográfia, az ortopédia, a rehabilitáció és a gondozás (onkológia, pszichiátria) jelentik a fejlesztés szakmai irányát.

Külföldi tapasztalatok alapján is fontos, hogy a régióban a lakosság a jelenleginél több ismerettel rendelkezzen az elsősegélynyújtás terén, amihez képzési rendszert szükséges kapcsolni; ennek kivitelezésében az OMSZ szellemi bázisához kapcsolódnánk.

Fontos, hogy a veszélyeztetett betegek családtagjai is képzést kapjanak, amelyben a betegek kezelőorvosai nyújtanának támogatást. Ugyancsak szükséges a tűzoltók és a rendőrök ismereteit javítani.

A priorizált ellátás a központi ügyeleti formában nyújtott sürgősségi betegellátás. A megfelelő szinten nyújtott ellátás feltétele a szükséges eszközök és a nélkülözhetetlen kommunikációs csatornák biztosítása. Előbbi portatív EKG és legalább félautomata defibrillátor biztosítását, utóbbi transztelefonikus EKG-konzultációs rendszer általánossá tételét jelenti.

Ugyancsak ez alatt értjük a háziorvosi ügyeleti szolgálat és a mentőszolgálat kommunikációjának javítását, akár közös szervezetben történő működtetéssel, akár csak közös diszpécser-szolgálat üzemeltetésével. Természetesen a döntés a fenntartóé, vagy a fenntartó döntése alapján az egészségügyi szolgáltatóé.

A régióban lévő egészségügyi intézmények különböző szinten állnak a minőségügyi rendszer alkalmazása területén. A minőségbiztosítási rendszer kiépítése azokban az egészségügyi intézetekben is fontos feladat, ahol jelenleg nem rendelkeznek valamilyen típusú audittal. Összehangolt – regionális – minőségügyi rendszer kiépítésére teszünk javaslatot, amely lehetővé teszi az egységes szemléletű minőségbiztosítás, illetve képzés-továbbképzés kiépítését. Egyöntetű az igény a „rend legyen!” alapelv megvalósítására. A felgyülemlett, rendelkezésre álló adathalmazok az egyenlőtlen informatikai fejlesztések miatt egymással nem kompatibilisek, így feldolgozásuk nagyon nehézkes, munkaigényes. Egyfajta rendező elv alkalmazása a folyamatok és az odavezető út során egyaránt szükséges. A régió helyzetértékelése során begyűjtött adatok egységesen mutatják az intézmények elszántságát minőségügyi rendszer működtetésére, ám ennek megvalósításakor a nehezítő tényezőkkel szembe kell nézni:

- saját erő ráfordítási lehetőségük elégtelen a rendszer hatékony kialakításához,
- szakemberhiánnyal küzdenek, utánpótlás nem biztosított,
- a képzés lehetősége számukra nehezen oldható meg, bár az igény egyre növekvő,
- a személyi feltétel nehézségein túl az eszközhiány is nehezítő ok.

A régió szándéka kapcsolódni a Magyar Minőség Társaság Egészségügyi Szakbizottsága munkájához, így iránymutatás, szakmai segítség szintjén az előrelépést biztatónak véljük. Az egységes szemlélet mentén a minőségügyi fejlesztéshez szükségesnek látjuk egy minőségfejlesztő csoport létrehozását határozott feladatokkal, az intézmények szakembereinek bevonásával.

A oktatás területén végzendő összefogással a szakemberhiányt kívánjuk csökkenteni, ugyanakkor szélesíteni a minőségügyi rendszerrel foglalkozók körét.

A fentiekkel párhuzamosan a központi standardok figyelembevételével, azokra alapozva elindítani, végezni és folytatni a minőségügyi rendszer építését. Mindezt saját erőből teljesen megoldani nem képesek az intézmények.

A járó-beteg szakellátás fejlesztése mellett a fekvőbeteg szakellátás kapacitásának differenciált csökkentése szükséges.

A járó-beteg szakellátás fejlesztésének célja:

- a területi ellátási egyenlőtlenségek csökkentése,
- a valós szükségletekhez igazodó kapacitás kialakítása,
- a beteg utak ésszerűsítése.

A daganatos betegségben szenvedők komplex ellátását csak megyei – minden megyében legalább egy – onkológiai centrumok kialakításával lehet jól megvalósítani; ennek tárgyi, személyi feltételei jelenleg csak részben adottak. Szükségszerű a betegek kezelésének egységes szemlélete, amelyet az onkológiai teamek irányításával végeznek. A járó-beteg rehabilitáció minden onkológiai centrum mellett megvalósítandó cél.

Az egynapos sebészet kialakítása esetében a koncepció két lehetséges megoldást vet fel: amennyiben önálló tevékenységként definiáljuk, akkor jelentős beruházásokra is szükség van, ha az aktív fekvőbeteg osztályok keretén belül valósítjuk meg, akkor jóval kisebb összegbe kerülne. A sebészet, szülész-nőgyógyászat, szemészet, orr-fül-gége, traumatológiai szakma ma is felkészült a már világszerte elfogadott egynapos ellátás bevezetésére a régióban.

Az aktív ágyszám csökkentése mellett növelni szükséges a krónikus ágyak kapacitását, amelyek elégtelen száma miatt ma is sok beteget látnak el a jóval magasabb költséggel gyógyító aktív osztályokon. A sürgősségi betegellátás területén a régióban az alábbi teendők szükségesek:

- Mindhárom megyei kórházban a sürgősségi betegellátó osztályok fejlesztése és megerősítése szükséges. Az ellátás korszerűsítése a régió több területi vezető kórházában is indokolt.
- Országosan megoldandó probléma a sürgősségi ellátás összehangolása és komplex működtetése az alapellátás és a mentőszolgálat ügyeleti tevékenységének összehangolásával.
- A mentőszolgálat tevékenysége hatékonyságának növelése szükséges a személyi, tárgyi és szakmai környezeti feltételek javításával.

A kardi-vascularis és cerebro-vascularis korai halálozási adatok javítása érdekében a kardiológiai és stroke osztályok gép-műszer, valamint személyi ellátottságának javítása szükséges. A megyei kórházakban stroke központok kialakítása, illetve megerősítése indokolt. A régióban működő – országos jelentőségű – kardiológiai rehabilitációs tevékenység korszerűsítése időszerű.

Az országosan egységes elvek alapján működő egészségügyi minőségbiztosítási rendszer kialakítása és összehangolt működtetése nemcsak az ellátás szakmai színvonalának emelése szempontjából, hanem finanszírozási szempontból is mielőbb megvalósítandó feladat.

Az otthoni szakápolás fejlesztése hozzátartozik az egészségügyi szerkezet korszerűsítésének egészéhez. Az ápolás színvonalának növelése, a jobb feltételek megteremtése, az ápolónők képzése utánpótlásának kérdésköre, a jobb ápolási eszközök beszerzése, a már meglévő, de szűkös kapacitással működő ápolási osztályok ágyszámának növelése, a középiskolai szakképzés rendszerének ismételt átgondolása sürgető feladat. (Forrás: Közép-Dunántúli Régió Egészségügyi Munkacsoport)

Veszprém megye

A világ fejlett régióiban tapasztalható tendenciáknak megfelelően az egészségügyi költségek robbanásszerű növekedéséhez hazánkban is – többek között – a kórházi kapacitások csökkentésével, átalakításával kívánunk hozzáidomulni.

A kórházi ellátás egyre erősödő specializációja, növekvő műszerállománya, a diagnosztikus eljárások bonyolultsága és költsége miatt az optimális kihasználtság igénye, a minőségbiztosítás kötelezettsége világszerte optimális üzemméret kialakítását követelik meg. Ráadásul a szükségletek változása is struktúra átalakításra ösztönöz. (A születések száma az utóbbi tíz évben mintegy felére csökkent, szinte valamennyi gyermekkori fertőző betegséggel szemben védőoltással rendelkezünk, számuk és szövődményeik száma a századrészére esett vissza, folyamatosan emelkedik az időskorúak aránya a társadalomban (lásd: korfa), növekszik a rehabilitáció, reszocializáció igénye.

A legtöbb elemzés optimális kórházi üzemméretként 200 ágy feletti kapacitást említ.

A Kormány korábban napvilágot látott elképzelései, sőt a korábbi kormányok próbálkozásai is a kórházi kapacitások átalakítását, és/vagy csökkentését nevesítik az egészségügyi reform egyik eszközeként.

A helyzetelemzésből is kitűnik, hogy Veszprém megyében az ellátási hiátusokból is következik a struktúra átalakításának szükségessége.

elmeorogóyázsat 360 ágy

tűdőorogóyázsat 120–130 ágy

Természetesen mindehhez nélkülözhetetlen, hogy megfelelő számú és összetételű krónikus kapacitás is rendelkezésre álljon:

rehabilitáció	230–250 ágy
ápolás	260–280 ágy

Ez alapján elmondható, hogy 2425–2630 közötti ágyszámmal Veszprém megye ellátható. Nem nélkülözhető a megfelelő szociális ellátó háttér ahhoz, hogy az egészségügyet az ellátást nem igénylő esetek ne terheljék. A fent jelzett ágyszámok természetesen többféle struktúrában is működhetnek.

Általános, sürgősségi ellátást is nyújtó kórházként alapvetően négy intézmény kapacitásai elégségesnek bizonyulhatnak (Veszprém, Ajka, Pápa, Tapolca).

Szakkórházként alapvetően a rekonstrukció előtt álló farkasgyepői Tüdőgyógyintézet működhet, amely pulmonológiai rehabilitációs szakterületen a régió számára is biztosíthatja – ideális természeti környezeténél fogva – az ellátást.

Veszprém megye fekvőbeteg ellátását tehát mintegy 6–8 intézmény biztosíthatná attól függően, hogy mennyire lesznek képesek megfelelni a szakmai elvárásoknak. Ennyi kórház működtetéséhez – természetesen az intézmények esetleges belső struktúra-átalakítását is számításba véve – megyénk elegendő orvossal rendelkezik, bár az orvospképzés és -továbbképzés fontos eleme marad az orvosgárda (és a megfelelő minőségű ellátás) biztosításának. Megoldandó probléma az – elsősorban ágy melletti – nővérek létszámának biztosítása, ami a megyén belüli nővérképzés megújítását, és esetleg bizonyos országos képzési szabályok megváltoztatását igényli.

Valamennyi régióban gondként jelentkezik a túlzott kórház-centrikusság, a magasabb ellátási szintre irányított betegek indokolatlanul magas száma, az aktív és krónikus ágyak kedvezőtlen megoszlása, a járó-beteg szakellátás egyenlőtlenségei, az otthoni szakápolási szolgáltatókkal való lefedetlenség, a rehabilitációs ellátás hiányosságai, valamint a gyógyszerforgalom országosan magas aránya.

Különbségek mutathatók ki az egészségi állapotban, a járó-beteg és a fekvőbeteg szakellátás, valamint a rendelkezésre álló eszközök tekintetében.

A regionális különbségek elemzésekor azonban azt is tudnunk kell, hogy egyes régiókon belül a megyék és kistérségek szerint is jelentős eltérések vannak. Így előfordulhat, hogy egy-egy régió nem mutat jelentős eltérést az országos átlagtól, de a régiót alkotó megyék fejlődési trendjei eltérő irányúak.

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők közül kiemelkedő szerepe van a jövedelmi, vagyoni körülményeknek, az életminőségnek, a társadalmi, gazdasági, környezeti tényezőknek, valamint a genetikai adottságoknak. A születéskor várható élettartam szempontjából férfiaknál a legkedvezőbb és a legrosszabb helyzetű régió között majdnem két év, nőknél pedig egy év a különbség. A halandóság alakulása országosan rossznak mondható, azonban a haláloki betegségcsoportok mutatói régiók szerint jelentős eltérést mutatnak, csakúgy, mint a rokkantak számának alakulása. A betegjogi rendszer kiépített. (Forrás: Nemzeti Fejlesztési Terv ESZCSM Munkaanyag 2002.)

A tézisekből következik:

1. Azzal, hogy Magyarországon is éltbe lépett a 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, tudományos vizsgálat tárgya lehetett az egészségügy, az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszok, az élethez és az emberi méltósághoz, valamint a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez fűződő jogok.
2. Az egészségügyi törvény értelmében minden betegnek joga van – a jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő és folyamatosan hozzáférhető, megkülönböztetés nélküli ellátáshoz. Az egészségügyi ellátáshoz való jog a legalapvetőbb betegjog.
3. Az Alkotmányban deklarált alapvető emberi jog tartalmát nagyrészt az egészségügyi törvényben biztosított ún. betegjogok töltik ki.
Az egészségügyi ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, az intézmény elhagyásának a joga, a tájékoztatáshoz való jog, az önrendelkezéshez való jog, az ellátás visszautasításának joga, az egészségügyi dokumentáció megismerésének a joga, az ellátással kapcsolatos panasz kivizsgálásának joga.
4. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszok vizsgálatánál az országgyűlési biztos eljárásának fontos korlátját jelenti, hogy orvos-szakmai kérdések vizsgálatára nincs hatásköre, ezért az egészségügyi szolgáltató elleni panaszoknak ezen kérdéseken kívül eső körét vizsgálhatja.
5. A vizsgálatok során állandóan felvetődő probléma a finanszírozás hiánya, illetve annak nem megfelelő volta.
6. Az Alkotmánybíróság határozatában kimondta, hogy az egészségügyi finanszírozási rendszer átalakítása önmagában nem alkotmányellenes. A lehetséges átalakítási struktúrák közötti választás a törvényhozó szabadságába tartozik, egyúttal azonban a törvényhozó felelőssége is.

7. Ezért a finanszírozási okokra visszavezethető és az alkotmányos jogokkal összefüggésbe hozható visszásságot az országgyűlési biztos csak abban az esetben állapíthatja meg, ha ez a rendszer az alkotmányosan elfogadott minimális követelményeknek sem felelne meg.

8. Rendszeresen érkeznek az országgyűlési biztoshoz, a betegjogi képviselethez a mentőszolgálattal kapcsolatos panaszok. Megállapítható, hogy a mentőszolgálat minden olyan esetben, amikor a bejelentés hamis voltának gyanúja miatt elutasítja a kivonulást, veszélyeztetheti az állampolgárok legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogát.

9. A feltárt visszásság orvoslása érdekében az Országos Ombudsman is felkérte az Országos Mentőszolgálat főigazgatóját, hogy a vakriasztások ellen éljenek a jogszabályban biztosított védekezés lehetőségével, és felhívta a figyelmét a mentésre vonatkozó szabályok betartására.

1. Az egészségügyi törvény az egészségügyi alapellátás körében a helyi önkormányzatok feladatává teszi a háziorvosi ellátásról való gondoskodást. Megállapítható, hogy a helyi önkormányzatok különböző módon értelmezik a nem önkormányzati oktatási intézményekben is kötelező egészségügyi alapellátás biztosítására vonatkozó jogszabályokat.

Egyes önkormányzatok a nem általuk fenntartott óvodákba járó gyermekek iskolaegészségügyi ellátására nem jelöltek ki személyzetet, és a fenntartóval sem kötöttek szerződést.

A betegjogi képviselet, valamint az Országos Ombudsman is megállapította, hogy ezekben az esetekben tett panaszok megalapozottak, a visszásság a jogszabály nem egyértelmű rendelkezésére, illetve az adott kérdés jogi szabályozásának hiányára vezethető vissza, ezért felhívta a Kormányt, hogy a több szaktárcát érintő jogszabály alkalmazása körül felmerült értelmezési vitát rendezze, és szükség esetén a végrehajtási jogszabályok módosítására intézkedjen.

10. Az egészségügyi ellátáshoz való jog érvényesülésének egyik speciális területe a büntetés-végrehajtási intézet, ahol az alkotmányos jogok érvényesülése fokozottabb védelmet igényel.

11. Ez is a tudományos vizsgálat új eredményének tekinthető, hiszen az elmúlt évtizedekben sem lehetőség, sem jogi szabályozás ezen a területen vizsgálati lehetőséget nem tett lehetővé.

12. A fogyatékkal élő emberek számára a megélhetési problémák jelentik az elsődleges gondot. A fogyatékos személyek jogaival, ellátásával összefüggő problémák leginkább az esélyegyenlőség, a szolgáltatásokhoz való hozzáférésének hiányát jelentik. További tényként megállapítható, hogy a jogi szabályozás nem tartalmaz garanciákat a siketek és nagyothallók esélyegyenlőségének érdekében, amely különösen fontos lenne ezen állampolgárok részére is.

13. Az új tudományos műhelymunka eredménye azonban a vakok részére megvalósult rendszer, amely legalább részükre lehetővé tette a gyógyszerek csomagolásán a speciális feliratozást, így olvashatóvá vált a gyógyszer neve, a hatóanyagok, a szavatosság és a gyártási időre vonatkozó fontos információk.

Megállapítható, hogy

1. A betegjogok érvényesülésének különböző sérülései átlagosan az aktív osztályokon, kiemelten pedig a manuális osztályokon lesznek a legmagasabbak.
2. A krónikus osztályok közül az ápolási (krónikus belgyógyászati) és a pszichiátriai osztályokra vonatkoztathatóan várható a legtöbb panasz.
3. A betegjogi képviseleti rendszer a nagyobb településeken gond nélkül elérhető, de a kisebb településekről gyakran más településre kell utazni (költségnövekedés stb.).
4. A betegjogi képviseleti rendszer kevés irányelvet, tájékoztatót ad ki a betegek és a szakszemélyzet részére. Ennek oka a forráshiány, a támogatottság nem megfelelő.

A Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Alapítvány kevés állami támogatása sem teszi lehetővé a nagyobb informáltság eléréséhez szükséges betegjogi prospektusok, füzetek, egyéb ismertető kiadványok kiadását, amely igen fontos lehetne a minél nagyobb információ eléréséhez a lakosság körében, arról nem is beszélve, hogy rendelkezésre állnak mindhárom területen azok a speciálisan képzett szakemberek, akik nemcsak elméletben, hanem a gyakorlatban is jelentős ismereteikkel hozzájárulhatnak a szakmai kérdések megválaszolásához.

Az Alapítvány keretein belül működő rendszer erőteljesen a civil szervezetekkel kíván együttesen tenni a célok megvalósításában.

Az országon belül minden egyes régióban már legalább egy alkalommal találkoztak a civil szférában működő szervezetek az Alapítvány képviselőivel, mindkét fél segítőkészségéről biztosította a másik felet, anyagi eszközökkel azonban ez nem igazán párosul, ugyanis mind a civil szervezetek, mind az Alapítvány anyagi bázisát a – nehezen elérhető – pályázati források biztosítják.

5. Az egészségügyi szakszemélyzet részére tartott továbbképző oktatások kapcsán általánosan megállapítható, hogy a betegjogi témában erősen az elméletre és nem a gyakorlatra fókuszálnak. (Nem problémamegoldó vagy kommunikációs tréningek.) A felismert probléma helytálló, a jelen és jövő feladata, hogy ezen változtatni szükséges, egyre inkább az esetek ismertetésére, a problémák kezelésére kell helyezni a hangsúlyt.

6. A betegjogok érvényesülése akkor valósulhat meg, ha az ellátó személyzet is tisztában van vele. Az egészségügyi szakszemélyzeten belül a tájékozottság erősen függ az iskolai végzettség megszerzésének évétől és annak fokától. Az ellátó személyzet folyamatos tájékoztatása a betegjogokról létszükséglet lenne, az oktatás elengedhetetlenül fontos, ugyanakkor a képzés, továbbképzés nem tud teljes mértékben megvalósulni részben az anyagi források hiánya miatt, részben a kiesett időszakban a szakképzettek pótlásának nehézségei okán.

A jelenleg kidolgozás alatt álló egészségügyi reform a jelenleginél igazságosabb hozzáférést biztosító, korszerű szerkezetben működő, ellenőrizhető és a betegek számára elfogadható minőségű, versenyképes, fenntartható fejlődést biztosító és finanszírozható egészségügyi szolgáltató rendszer kialakítását kívánja megvalósítani.

A kidolgozás alatt álló egészségügyi reform eredményeként az állampolgárok betegségük korai szakaszában juthatnak a megfelelő szintű egészségi ellátáshoz, ami a gyógyulás esélyét növeli.

Növekedhet az ellátás színvonala, jobbá válhatnak az ellátás körülményei, ezzel párhuzamosan pedig csökkenhet a felesleges, párhuzamos vizsgálatok száma. A célirányos gyógyszerelés csökkentheti a gyógyszerfogyasztást.

A reform eredményeként javulhat az egészségügyre fordított közkiadások felhasználásának hatékonysága és átláthatósága, a rendelkezésre álló közforrásokból a lehető legnagyobb társadalmi szintű egészség-nyereség biztosítható, vagyis javulhat az emberek egészségi állapota. Mindezekon felül a betegjogok is jelentősen beépülnek az egészségügyi reform megvalósításába a betegek érdekvédelme érdekében.

De vajon mi lesz az ügynevezett esélyegyenlőséggel, a legégetőbb kérdéskörök közül is a mozgáskorlátozottakkal, fogyatékkal élőkkel, akiknek helyzete évtizedek óta nem került megoldásra; csupán a tárgyalóasztalokig jutott el, valójában azonban – a törvényi előírás szerint fokozatosan (2010-ig) meg kell valósulnia annak, hogy minden mozgáskorlátozott eljusson a közintézményekbe, az új épületek esetében be kell tervezni a mozgásukban korlátozottak részére a közlekedési megoldásokat – más nem történt.

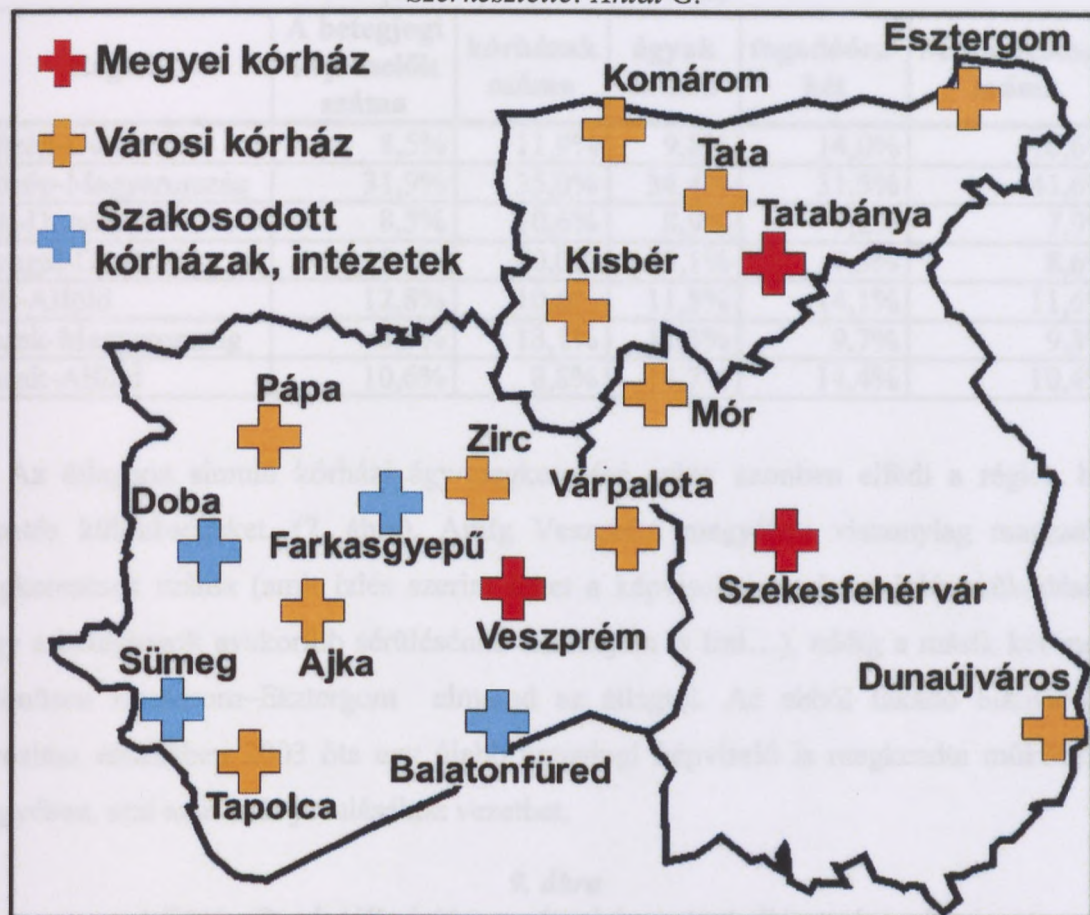
Naponta halljuk a mozgáskorlátozottak problémáit, de úgy tűnik, kormányzati szinten változatlanul nem valósul meg az életükbe történő pozitív beavatkozás. Szívfacsaró naponta arról értesülni, hogy a hivatalokat, a hivatalon belül lévő mosdóhelyiségeket sem tudják igénybe venni, mert a feljutás nem megoldott, az ajtó mérete pedig a tolószék bejutását végképp lehetetlenné teszi.

Szinte ugyanezeket a gondolatokat lehetne elmondani a vakok, gyengénlátók esetében is, akiknek egyértelműen szinte semmi nem segíti mindennapjaikat. A civil szerveződések azok, amelyek helyileg segítik szervezett keretek között mindazok életvitelét, akik valamilyen formában segítségre szorulnak.

7.2. A betegjogok helyzete a Közép-Dunántúli régióban

Hogyan illeszkedik bele a betegjogok kérdésköre a régió egészségügyi ellátórendszerébe? Ennek megválaszolásához nem elég pusztán a rendelkezésre álló statisztikai adatokat feldolgoznunk, de érdemes kiindulópontként áttekinteni azokat.

A betegjogi képviseleti rendszer a régiót alkotó három megyében 2005-ben mindössze öt képviselő munkáját fogta össze. Az ő munkájuk fedi le a régió kórházait (6. ábra), illetve alapellátási körzeteit.



Még a régió belül is meglehetősen heterogén képpel állunk szemben. A történelmileg is többszortatú Veszprém megyére leginkább az intézmények dekoncentrálttsága jellemző, míg fejrben a koncentráció igen erőteljes, a középfokú egészségügyi ellátás érdemben három településre koncentrálódik, a kisvárosi szint itt lényegében hiányzik az ellátásból.

Ha tovább vizsgáljuk a régióra jellemző ellátási mutatókat országos összehasonlításában (26. táblázat), akkor azt tapasztalhatjuk, hogy a megkeresések száma nagyjából arányban van a kórházi ágyakéval, mindkettőből megközelítőleg az országos összeg 10%-val rendelkezik a régió. Tájékoztatásul szerepeltetjük a fogadóórákra vonatkozó adatot, ami, már utaltunk rá csak korlátozott mértékben alkalmas az összehasonlításokra. Ebben a tekintetben a régió valamivel jobban áll az országos átlagnál.

26. táblázat

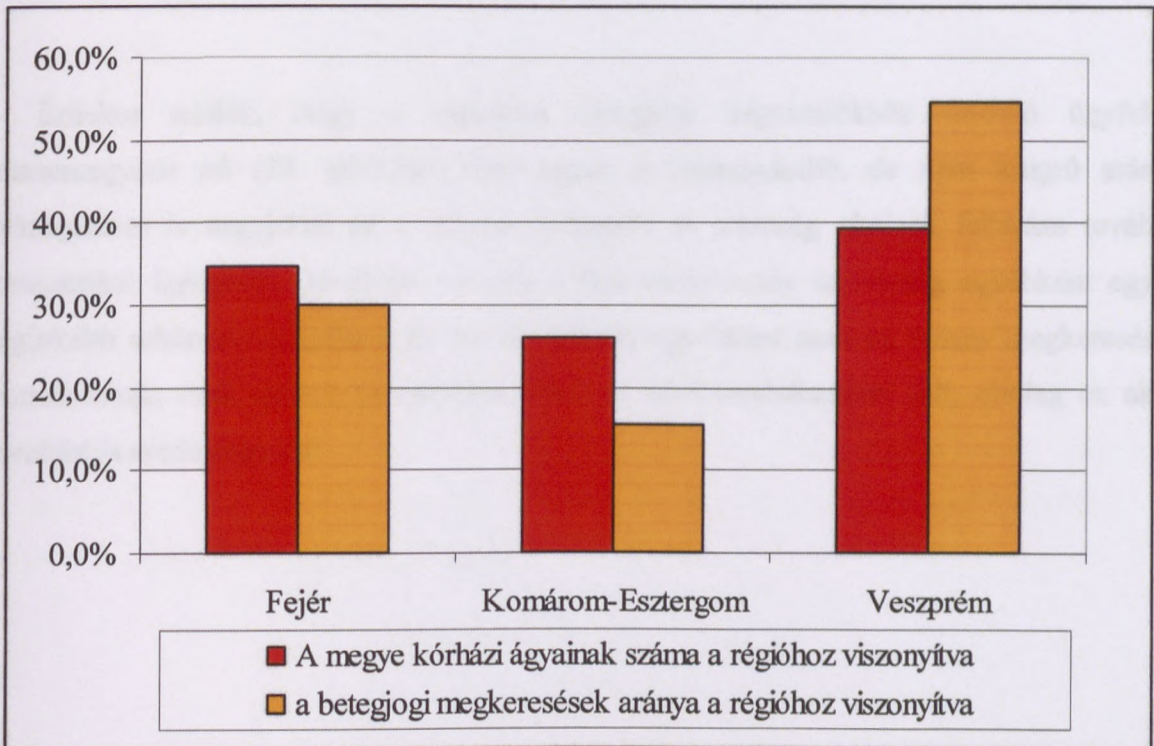
Betegjogi ellátottság a magyarországi régiókban
(Szerkesztette: Antal Géza)

Régiók	A betegjogi képviselők száma	kórházak száma	ágyak száma	fogadóóra/hét	Megkeresések száma
Közép-Dunántúl	8,5%	11,9%	9,8%	14,0%	10,6%
Közép-Magyarország	31,9%	35,0%	34,4%	31,5%	41,6%
Dél-Dunántúl	8,5%	10,6%	8,9%	9,2%	7,9%
Nyugat-Dunántúl	19,1%	10,0%	9,1%	7,3%	8,6%
Dél-Alföld	12,8%	10,6%	11,8%	14,1%	11,6%
Észak-Magyarország	8,5%	13,1%	11,3%	9,7%	9,3%
Észak-Alföld	10,6%	8,8%	14,7%	14,4%	10,4%

Az átlaghoz simuló kórházi ágy/megkeresés arány azonban elfedi a régióon belüli jelentős különbségeket. (7. ábra). Amíg Veszprém megyében viszonylag magasabb a megkeresések száma (amit ízlés szerint lehet a képviseleti rendszer jobb működésének, vagy a betegjogok gyakoribb sérülésének számlájára is írni...), addig a másik két megye, különösen Komárom–Esztergom elmarad az átlagtól. Az ebből fakadó hiányosságok orvoslása érdekében 2003 óta egy újabb betegjogi képviselő is megkezdte működését a megyében, ami az ellátás javulásához vezethet.

9. ábra

A Közép-Dunántúli régió megyéinek betegjogi ellátottsági adatai
(Szerkesztette: Antal Géza)



A régióban a betegjogi megkeresések elsősorban a kórházi ellátással kapcsolatosak (... táblázat), méghozzá az összes megkeresés majdnem háromnegyedében. Ez az érték jelentősen meghaladja a többi régió hasonló adatait. Másik oldalról szemlélve pedig azt látszik valószínűsíteni, hogy a kórházakra jól kiépült a betegjogi rendszer, de az alacsonyabb szintű egészségügyi ellátás problémáit még nem feltétlenül tudja minden esetben kezelni. Ez a megállapítás egyébként feltehetőleg nem csak a régióra, hanem az ország egészére is vonatkozhat.

27. táblázat

Betegjogi megkeresések az ellátás típusa szerint (2003)
(Szerkesztette: Antal Géza)

Régiók	A megkeresés által érintett ellátás			
	kórház	szakrendelés	alapellátás	egyéb, vegyes
Közép-Dunántúl	72,5%	7,3%	8,1%	12,0%
Közép-Magyarország	59,8%	17,6%	6,3%	16,3%
Dél-Dunántúl	65,9%	8,4%	11,2%	14,5%
Nyugat-Magyarország	45,0%	16,4%	28,3%	10,3%
Dél-Alföld	55,1%	23,2%	17,3%	4,4%
Észak-Magyarország	48,2%	21,0%	13,4%	17,5%
Észak-Alföld	59,6%	25,0%	7,1%	8,3%

Érdekes adalék, hogy a régióban betegjogi képviselőkhöz forduló ügyfelek háromnegyede nő (28. táblázat), ami ugyan a legmagasabb, de nem kiugró arány, országsszerte is nagyjából ez a helyzet jellemző. A jelenség okainak feltárása további kutatásokat igényelne. Meglepő viszont a falu-város arány az ország egyébként egyik leginkább urbánus régiójában. Ez utóbbi adatok egyébként nem az összes megkeresésre vonatkoznak, csak azokra az esetekre, ahol az adat rendelkezésre állt, elvileg ez akár torzítást is eredményezhet.

28. táblázat

Betegjogi megkeresések nemek és lakóhely szerinti megoszlásban (2003)
(Szerkesztette: Antal Géza)

Régió	Nemek szerint		Lakóhely szerint	
	nő	férfi	város	község, nagyközség
Közép-Dunántúl	77%	23%	31%	69%
Közép-Magyarország	75%	25%	79%	21%
Dél-Dunántúl	71%	29%	60%	40%
Nyugat-Magyarország	73%	27%	42%	58%
Dél-Alföld	61%	39%	60%	40%
Észak-Magyarország	63%	37%	50%	50%
Észak-Alföld	61%	39%	61%	39%

7.3. Kérdőíves felmérés a betegjogok helyzetéről

A régió betegjogi viszonyait bemutató esettanulmány nem volna teljes, ha megmaradna a statisztikai adatok szintjénél. A kérdőíves megkeresés, amely egy összesen 200 fős mintát érintett, elsősorban azt célozta, hogy mélyebb, a motivációkat, problémákat és okokat feltáró kutatási eredmények birtokába jussak. A mintát Veszprém megye összesen hat különböző egészségügyi intézményének páciensei jelentették.

A kérdések így elsősorban a betegeknek a jogaikról való ismeretére, azok érvényesítésére, az tapasztalt visszaosságokra vonatkoztak. A kérdőív kitöltése természetesen önkéntes és szigorúan anonim volt. Maga a kérdőív a dolgozat I. mellékletében tekinthető meg, a II. melléklet pedig az egyes kérdésekre adott válaszok részletes feldolgozását mutatja be.

Itt a következő oldalakon csak a legfontosabb tanulságok levonására teszünk kísérletet, nem téve próbára az összes diagram bemutatásával az olvasó türelmét.

A válaszadók által visszajuttatott kérdőívek feldolgozása után megállapítható, hogy a betegjogokra vonatkozó ismeretek 42%-ban jutottak el az érintettekhez, vagyis a vizsgálatban részt vevő állampolgárok jelentős része nem kapott tájékoztatást az őt megillető jogokról és kötelezettségekről.

A kutatási helyként megjelölt egészségügyi szolgáltató intézmények esetében valamennyi osztályon, valamint az intézmény tájékoztató-eligazító információs tábláján jól látható helyen és formában felhívják az érintettek figyelmét a jogorvoslat formáira, valamint a betegjogi képviselő elérhetőségére, továbbá a megyei szintű Orvosi Kamara címe, telefonszáma is megtalálható; ennek ellenére mindössze 59% ismerte a betegjogi panaszok érvényesítésének útjait.

A vizsgált egészségügyi intézményben a kórházi házirend, valamint a betegtájékoztató nyomtatott írásos anyaga rendelkezésre áll, már a betegfelvételkor kézbe kapja a beteg, és valamennyi kórteremben hozzáférhető. A kórházi házirendet úgy állította össze az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmény, hogy benne az osztályos napirenden és az általános tájékoztatás mellett helyet kap az 1997. évi CLIV. törvény betegjogokra vonatkozó részének „rövidített változata” is. Ennek ellenére a lakossághoz az információ inkább a médián keresztül jut el. A kórházba kerülő állampolgárok nem olvassák el a kapott betegjogi tájékoztató füzeteket, kórházi ismertetőket.

A válaszadók információja arra enged következtetni, hogy a kórházi osztályokon ellátott betegek a beavatkozást, az orvosi és ápolói szakértelmet, magát a kiszolgáltatott helyzetet tartották fontosnak. Ennek ellenére tapasztalható, hogy a nem sürgősségi eset ellátása során sem kapja meg a beteg a megfelelő információkat, holott ez esetben lenne lehetőség a beteg vagy hozzátartozójának tájékoztatására.

A műtéti beavatkozást megelőzően, az előkészítés során, elengedhetetlenül szükséges lenne, hogy valóban megértse a műtéti beleegyező nyilatkozatban foglaltakat is az érintett páciens. Sajnos ez – mint a felmérés is mutatja – nem vagy csak részlegesen történik meg. Miután az ún. „műhiba perek” nagy része műtétekhez kapcsolódik, fontos lenne a kórházaknak az erre vonatkozó információ átadását szigorúan szabályozni és betartását ellenőrizni.

A vizsgálatok előtt, közben és azt követően, vagy további vizsgálatokról, azok szükségességéről a betegek tájékoztatása ugyancsak nem kielégítő. A vizsgálatok elvégzése előtt, míg nincs pontos diagnózis, vagy a diagnosztikus eljárás még nem konkretizálta az esetleges feltételezést a diagnózissal kapcsolatosan, az orvosok egy része nem ad kellő tájékoztatást a beteg számára. Ez részben érthető, de nem elfogadható. A betegben bizonytalanság alakul ki, esetenként a bizalom megingásával is számolni lehet, pedig néhány tájékoztató mondattal elkerülhető lenne a konfliktushelyzet kialakulása.

A felvetett kérdésre adott válaszokból kitűnik, hogy igen kevés számú válaszadó (25,5%) fordult kérdéssel az egészségügyi szolgáltatást végzőkhöz betegségével, kezelésével összefüggésben. Ez arra utal, hogy a betegek részint lényegesen tájékozottabbak, mint korábban (média informátor szerepe), másrészt egy bizonyos betegréteg sokkal tájékozatlanabb, hiszen kérdezni az tud, aki tudja mivel kapcsolatban érdeklődjön. Igaz persze az is, hogy a betegek nem szívesen kérdeznek az örökké időhiányban szenvedő orvostól.

A kapcsolattartást az egészségügyi szolgáltatást nyújtó nem korlátozta, illetve a legtöbb szolgáltató bizonyos időkorlátokat állapított meg házirendjében. A válaszokból kitűnik, hogy a túlzott nyitottság nem minden esetben szolgálja gyógyulásukat, néha zavarólag hat. A házirendben feltüntetett látogatási idők megfeleltek az igényeknek, a betegek részéről a kapcsolattartási lehetőség mindenki számára nyitott volt. A látogatók számának korlátozása szükséges, ehhez azonban idő kellett, míg ezt mind a betegek, mind a hozzátartozók belátták. A házirendben feltüntetett időpontok és szabályok összességében megfeleltek az állampolgári elvárásoknak.

A négy szem közötti megbeszélésekre vonatkozóan a válaszokból az derül ki egyértelműen, hogy csak részleges lehetőségeket biztosít a betegeknek az egészségügyi szolgáltató. Ennek az az oka, hogy a több évtizeddel ezelőtt épített épületek kialakításakor az ún. intimitás lehetősége nem valósult meg, ha csak a kezelőorvosoknak nem volt külön kialakított szobája.

Az újonnan épült betegellátást szolgáló intézményekben ma már lehetővé válik a négy szem közötti megbeszélés beteg, hozzátartozó, orvos és szakdolgozó között. Szükség is van erre, ugyanis felfokozott igény merül fel az állampolgárok esetében arra, hogy a kommunikáció valóban csak az érintettek részvételével valósuljon meg.

Az intézmények esetében már gyakorlattá vált az adatvédelemi törvény teljes körű alkalmazása, amiről a betegek nagy része nem szerzett információt, annak ellenére, hogy az intézmények különös hangsúlyt fektetnek arra, hogy megvalósítsák mindazokat a törvény által megfogalmazott előírásokat, amelyek biztosítják a személyes adatok, személyiségi jogok védelmét.

A feldolgozásra került kérdőívek alapján valósággá vált az a meggyőződése, hogy tovább kell erősíteni a városi, helyi televíziók információs tárházában a betegjoggal kapcsolatos sorozatokat, amelyeket már ötödik esztendeje végzünk. A válaszadókkal történő személyes találkozás során is erre kaptam pozitív megerősítést.

A betegjogi ismeretek azonban még nem olyan mértékben tudatosodtak az állampolgároknál, mint az elvárható lenne. Ez nem is lehetséges, ugyanis a 2000. június elsejétől működő rendszer még túl fiatal ahhoz, hogy mindenkihez eljusson ezen újfajta kultúra ismerete.

Rendkívül tanulságos a betegjogi képviselői intézmény ismertségének korosztályos bontás szerinti áttekintése. A megkérdezett fiatalabb korosztály (18–45 év) 21%-a, míg az idősebbek (46–71 év) 75%-a hallott a betegjogi képviselői intézményről. A várakozásoknak megfelelően a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők nagyobb arányban (a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 78%-a, a legalább érettségivel rendelkező válaszadók 49%-a), míg a majdnem teljesen iskolázatlanok csoportja alig tudott a betegjogi képviselő létezéséről. Az előzetes ismeretek szintjének köszönhetően a diplomások közül kevesebben voltak azok, akik kórházi tartózkodásuk alatt szereztek tudomást a képviselő létezéséről.

Továbbra is kötelezettsége az egészségügyi szolgáltatást nyújtónak a gyógykezelésre szorulóknak számára az egészségügyi törvényben megfogalmazottak következetes alkalmazása. Továbbra is szükséges jól látható helyen kifüggeszteni a betegjogi képviselő nevét, címét, elérhetőségét, a jogorvoslatra vonatkozó tájékoztatásokat.

Az egészségügyi törvény értékeléseként elmondható, hogy a betegjogok tekintetében európai szemléletű, szellemében és számos részletében megfelel az uniós követelményeknek. A törvényben a betegjogokról szóló fejezet a legjobban kidolgozott rész, és hangsúlyosan, a törvény elején kapott helyet.

A törvényt megszületése óta sok bírálat érte, szinte minden oldalról. Az orvos társadalom szerint a jogszabály csak a betegek jogaival foglalkozik részletesen és kiemelten, az orvosok, egészségügyi dolgozók jogai háttérbe szorúlnak, a betegjogi képviselő jogintézményére pedig nincs felkészülve a társadalom. Az egészségügyi dolgozók sérelmezték, hogy a védelmük nincs biztosítva a törvényben.

Az országgyűlési biztosok jelentései, ajánlásai és a hatálybalépés óta felgyülemlett tapasztalatok alapján a törvényt 2002-ben módosították.

A fő probléma egyébiránt az, hogy a törvényben sok helyütt hiányoznak a jogszabályok megvalósíthatóságának feltételei, a szabályok betartása és kikényszeríthetősége aggályos. A betegjogokat ugyanis nem elegendő csupán deklarálni, hanem ténylegesen biztosítani kell azok megvalósulását. Egészen máshogy érvényesülnek a betegjogok papíron, mint tényleges alkalmazásuk során.

Előfordulhat, hogy a jogszabályok nem teljesen megvalósíthatók a napi gyakorlatban. Nincsen például megfelelően körülhatárolva a tájékoztatás mikéntje, nincs konkrétan részletezve a kapcsolattartás joga és a jog gyakorlásának korlátjai, ami adott esetben zavarhatja a kórházban folyó munkát. Az egészségügy és azon belül a betegjogok helyzete tehát messze van még az ideálistól, de az egészségügy rendbetételét, megreformálását célzó folyamatok már elindultak.

Magyarországon a gondozás, ellátás, ápolás tárgyi feltételei – egy-egy kivételtől eltekintve – mindenütt szegényesek, elmaradnak a jogszabályokban leírtaktól. Az állam feladata lenne a megfelelő egészségügyi ellátáshoz a jobb anyagi és tárgyi feltételek biztosítása. A szabad orvos- és kórházválasztás joga elméletben biztosított, a gyakorlat azonban itt is mást mutat. Számos vidéki rendelőben egyetlen orvos látja el a betegeket, és ha nem akarnak utazgatni a közelebbi-távolabbi városba, maradnak akkor is, ha elégedetlenek, tehát hiányoznak a megvalósíthatóság feltételei.

Külföldön és nálunk is a legtöbb probléma – közvetve vagy közvetlenül – a tájékoztatással, illetve annak hiányával, valamint az emberi méltóság megsértésével függ össze. A rossz tájékoztatás és az emberi méltóság megsértése a beteg elégedetlenségének forrása lehet, a tájékoztatás hiánya vagy elégtelensége pedig esetenként komoly jogi következménnyel is járhat.

Ezek tehát a nagy gyakorisággal előforduló problémák, holott ezekben az esetekben a panaszok száma a törvényi rendelkezések figyelmesebb betartásával csökkenthető lenne.

A betegjogok körül nagy a bizonytalanság az állampolgárok esetében.

7.4. A betegjogi megkeresések elemzése

A kérdőívek feldolgozása igazolja, hogy a betegfelvételekor az intézet, az osztály rendjéről adott tájékoztatás nem megfelelő a betegek számára.

Az intézetek írásos betegtájékoztatóval nem rendelkeznek az elvárásoknak megfelelő mennyiségben, minőségben.

A gyógykezelés alatti orvosi tájékoztatás a beteg egészségi állapotával kapcsolatosan is igen változó intézményenként. Ugyanilyen arányú a beteg informálása a javasolt vizsgálatokról, a beavatkozásokról. A betegek véleménye alapján kisebb a gyakorisága annak, hogy az orvos tájékoztat a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének vagy elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, továbbá a vizsgálatokkal együtt járó megterhelésekről, kényelmetlenségekről.

A tapasztalatok szerint a betegek számára gyakori probléma és pszichés megterhelést, feszültségeket okoz, hogy elmulasztják előre tájékoztatni őket a beavatkozások időpontjáról. A betegeket kész helyzet elé állítják, felkészületlenül vágnak neki a számukra ismeretlen megterhelést jelentő eseményeknek.

A beavatkozásokba való döntési jogát ismertették az érintettekkel, amelynek arányának magasabbnak kellene lennie az esetek során. A kérdőíveken szerepeltek a betegjogok ismeretével, gyakorlásával, illetve azok sérülésével kapcsolatos kérdések.

A kórházakban, egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézményekben olvasható, hogy ki az intézet betegjogi képviselője, hol és mikor érhető el a kórházban; ezt megerősítette a nyilatkozók 16%-a. Ez az arány igen kevésnek értékelhető, ugyanis azt jelenti, hogy a minden osztályon, minden jól látható információ közlő helyen lévő tájékoztatót nem olvassák el a betegek annak ellenére, hogy az intézmények eleget tesznek törvényi kötelezettségüknek. A médiának egyre nagyobb szerep jut az információk továbbításában, így ezen a területen, csatornákon kell még nagyobb hangsúllyal eljuttatni a betegjogokra vonatkozó információkat.

A jelenlegi hazai helyzetelemzés alapján elmondhatjuk, hogy a társadalom fokozott elvárása következtében meg kell határozni az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételrendszerét, színvonalának garanciáit, valamint biztosítani kell a betegek érdekeinek védelmét.

Az állampolgár nem veszíthet jogaiból csak azért, mert egészségi állapota megváltozott, sőt mivel betegsége miatt még kiszolgáltatottabbá válik, emberi jogai fokozottabb védelemre szorulnak. Az egészségügyi törvény, az Alkotmány és a Polgári Törvénykönyv normái biztosítják az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatba kerülő személyek jogainak védelmét.

A betegeket megillető jogok részletes szabályozásának szükségességét számos elméleti és gyakorlati probléma vetette fel. Napjainkban az egyén mindinkább részesévé válik saját gyógyításának. Fizikai értelemben csakis a beteg vállalja a gyógykezelés kockázatát, még akkor is, ha a jogi kockázat megoszlik az orvos és a beteg között.

A betegek jogainak fokozott védelme ugyanakkor nyilvánvalóan nem jelenti sem azt, hogy a betegeket nem terhelik kötelezettségek is a gyógyító tevékenység során, sem azt, hogy az egészségügy más szereplőit ne illethet meg hasonlóképpen megfelelő jogok annak érdekében, hogy a mellérendeltségen alapuló orvos-beteg kapcsolat egyensúlya ne billenjen meg.

Az egészségügyi ellátás terén az alapvető emberi jogok újra megerősítésére, és ezen belül is elsősorban a beteg személyes méltóságának és integritásának védelmére rendkívül nagy szükség van, mivel a beteg embert eredendően sebezhető volta könnyen teheti jogai megsértésének szenvedő alanyává. Állapota következtében jelentősebb mértékű kihatásokkal lehetnek rá az egészségügyi és szociális ellátó szervezetek esetleges működési zavarai.

Kutatásom kiterjedt az emberi jogok érvényesülésére a speciális egészségügyi ellátások esetében, a régiókkal történő összehasonlításra, a régiók betegjogi eseteinek vizsgálatára stb. (Például, hogy a speciális betegjogok hogyan érvényesülnek a pszichiátriai intézmények esetében. Megvalósul-e ezen törvényi szabályozás a betegjogi képviselő szerepének különös fontossága az ellátás során?)

A betegjog egy olyan új terület, amelynek kutatása illeszkedik, kapcsolódik a földrajztudományhoz, ugyanis a kutatási területek, városok, községek, egyéb települések vizsgálata betegjogi szempontok figyelembe vételével történt vizsgálatára még nem került sor.

Az eddigiekben végzett műhelymunkám is azt igazolja, hogy az új egészségügyi törvény azzal, hogy elsőként a magyar törvényhozás történetében a betegek jogainak önálló fejezetet szentelt, azt jelenti, komoly szemlélet és egyéb változásnak kellett bekövetkezni ahhoz, hogy hangsúlyosan jelenjék meg a betegjog a törvényalkotásban.

Magyarország megtette kezdeti lépéseit a betegjogi hálózat kiépítésével, hogy kapcsolódva a világ fejlett országaihoz, megismertesse állampolgáraival azokat a jogokat, amelyeket szükséges, hogy ismerjenek, ha egészségi állapotukban bekövetkezett változások során igénybe kell venniük az egészségügyi szolgáltatást végző intézmények által nyújtott lehetőségeket. Még kevés a gyakorlat, a tapasztalat ezen az új területen.

Az egészségügyi ellátás, amely hosszú időn át főként az orvosok dolga volt, egyre inkább társadalmi ellenőrzés alá kerül, és társadalmi felelősséggé válik.

8. Az eredmények összefoglalása és a kutatás további irányai

Az értekezés elkészítése több tudományterület együttes alkalmazását követelte meg, mint ahogy azt a cím is jelezni kívánta. A dolgozat nem kerülhette meg a betegjogok fogalmi-normatív körüljárását, főleg mivel ilyen terjedelemben és geográfiai kontextusban más szerzők még nem foglalkoztak a témával.

Az eredmények tekintetében az alábbiak tűnnek kiemelésre érdemesnek.

- *A betegjogok beillesztése a (társadalom)földrajz kutatási spektrumába.* Ez utóbbi feladat jelentős kihívást jelentett. Noha az egészségügyi földrajz, egészségföldrajz, orvosföldrajz – neveztessek bármilyen néven is, de egyértelmű létjogosultságot nyert már, a gyógyítás és a jogtudomány határterületien mozgó tudományág geográfiai feldolgozására korábban még senki sem vállalkozott. Amennyiben azonban elfogadjuk, hogy a betegjogok integráns és egyre növekvő fontosságú részét képezik az egészségügynek, úgy megítélésünk szerint kétségtelenül helyük van az egészségföldrajzi kutatásokban is. Csak remélni lehet, hogy a dolgozat megnyitja az utat a hasonló megközelítésű, a tudományos határterületek eltérő gyökerű problémáit integráltan kezelő kutatások előtt.
- *A dolgozat összegezte és elemezte a betegek jogait és azok érvényesítésének elméleti és gyakorlati lehetőségeit* Magyarországon. Noha ez a fejezet jóval kevésbé tartalmaz geográfiai elemeket, mind az előtte vagy utána következők, szerves részét képezi az értekezésnek, amely, megítélésem szerint nem volt kihagyható vagy érdemben lerövidíthető.
- *Az értekezés kísérletet tett a betegjogi képviseleti rendszer területi szerveződésének bemutatására, primer, eddig még nem publikált 2003-as és részben 2005-ös adatok felhasználásával.* Az elemzés feltárta, hogy a jelenlegi betegjogi rendszer kiépültsége meglehetősen esetleges, ugyan a képviselők hálózata lefedi az ország kórházainak teljes körét, de az egy képviselőre eső körzetek méretében, a fogadóórák számában és részben a fenti tényezőkből adódóan a rendszer működését jelző mutatószámokban (megkeresések száma) számottevő különbségeket lehet felfedezni. Ezek a különbségek csak kis mértékben feleltethetők meg valamely társadalmi, gazdasági vagy egészségügyi területi differenciának.

Feltárhatók viszont a betegjogok szempontjából leginkább problémásnak tűnő ellátási területek, amelyek közül kiemelésre kíváncsiak a pszichiátriai kezelések, illetve a hagyományos, sok beteget érintő sebészeti és belgyógyászati ellátások.

- Az ellátás egyenletesebbé tétele érdekében célszerű volna kiküszöbölni a meglévő aránytalanságokat, amelyek az egyes térségek között jelenleg mind lakosságra-mind kórházi ágakra vetítve fennállnak. A betegjogi képviseleti rendszer megerősítésére megítélésünk szerint a társadalmi értelemben leginkább elmaradott térségekben volna a legnagyobb szükség. Az is nyilvánvalónak tűnik, hogy a jelenlegi rendszer elsősorban a kórházi ellátásra fókuszál, a továbbfejlődés irányát az egészségügy teljes vertikumának szélesebb körű integrálása jelentheti.
- Fontosnak látszik az integráció egy másik dimenziója is, amelyet a partnerség elvével lehetnek leginkább megközelíteni, és amely szemben álló felek helyett az érdekek mediálására, a gyógyításhoz szükséges kölcsönös bizalom megteremtésére helyezi a hangsúlyt, ahol az orvostársadalom sem elsősorban ellenfelet, hanem szövetségest láthat a betegjogi képviselőben.
- Az esettanulmány lehetőséget teremtett egy térség egészségügyi-betegjogi problémáinak mélyebb megismerésére. A fejezetben megfogalmazott tanulságok, mind a régió általános helyzetére, mind a kérdőíves felmérésre vonatkozólag nem szűkíthetők le pusztán a Közép-Dunántúl problémáira, bennük minden bizonnyal jóval több az ország egészére nézve általános, semmint a speciális vonás. A kérdőíves felmérés legfontosabb tapasztalatai *mindenek előtt a hiányosságok feltárása* ragadhatók meg. Továbbra sem nevezhető kielégítőnek a betegek tájékozottsága, betegjogi tájékozottságuk csak súlyosbítja az egészségügyben a betegek részéről általában tapasztalható információ-hiányt. A jogok érvényesítésére remény sincs akkor, ha ezeket a páciensek nem ismerik meg. Ebben fogalmazható meg tehát a betegjogi rendszer egyik legfontosabb jelenkori és közeljövőbeni feladata, amely illeszkedik ahhoz a társadalmi elváráshoz, hogy immár európai polgáraink az élet minden területén egyre tudatosabb fogyasztóvá váljanak.

- A betegjogok érvényesülésének sokszor a bizonytalanságok és az információhiány mellett finanszírozási anomáliák is okozói. Az értekezés nem kíván átfogó ítélete mondani a magyar egészségügy forrásainak és finanszírozásnak helyzete körül kialakult ellentétes álláspontokról, de meggyőződésem szerint a rendszer átláthatóbbá, a polgárok számára is könnyebb értelmezhetővé és általában precízebben és tisztábban működővé tétele számottevően javíthatná a betegjogok érvényesülését is. A betegjogi rendszer további evolúciós jellegű fejlődése/fejlesztése része lehet egy átfogó egészségügyi reformnak, ami azonban még önmagában is csak egyetlen lépés egy egészségesebb és hosszabb életű társadalom megteremtése felé vezető úton.

A kutatás során szándékosan nem érintettem a „jog- és cselekvőképesség” fogalomkörét. Tettem azt azért, mert ez a terület a betegjog esetében már olyan további kutatási fejezetet nyitna meg, amely esetben vizsgálni kell azt is, hogy a betegellátás, egészségügyi beavatkozás során a hozzájárulás jogi feltétele biztosított-e, hogy a hozzájáruló rendelkezik-e jog- és cselekvőképességgel vagy nem.

A betegjog témájával kapcsolatban – ismereteim szerint – Magyarországon hasonló mélységben még nem végeztek kutatásokat, annak ellenére, hogy a közel egy évtizede működő betegjogi képviseleti rendszerben közel 50 jogvédő dolgozik. A napjainkban e rendszert működtető Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány jelenleg alakítja ki adatbázisát. Ezért nagyon nagy munkát igényelt a kutatás vizsgálati céljának, rendszerének, módszernek, értékelésének technikai kialakítása is.

Alapjait a betegjogi képviseleti munkám kereteiben, egyéni adatgyűjtésemre építhettem, hiszen nem állt rendelkezésemre támpontul egyéb szakmai alap. Így a kutatási anyag terjedelme is szűkebb, kisebb időbeni intervallumot ölel fel. Természetesen munkám során szerzett személyes tapasztalataim a későbbiekben, további vizsgálatokhoz nyújtanak majd alapot számomra, illetve mindazoknak, akik e témával elhivatottan foglalkozni kívánnak.

Sok még a tennivaló, a jövő szempontjából fontos, hogy a magyar egészségügy modernizációjában az egészségügy valamennyi szereplője részt vegyen, és társadalmi konszenzus teremtsődjön a legfontosabb kérdésekben; valamint az, hogy az egészségügyi szolgáltatók és a betegek a betegjogi képviselőkkel együttműködjenek egy olyan rendszerért, amelynek célja a betegjogok minél teljesebb érvényesítése.

Szükséges elérni, hogy az orvosi segítség az egész ország területén 15 percen belül megérkezzen. Sürgősségi osztályokat, központi ügyeket a jövőben minél nagyobb számban szükséges kialakítani azokon a területeken, ahol ezek az intézmények hiányoznak. Gyermeksürgősségi osztályok létrehozása is hangsúlyos szerepet kell, hogy kapjon a jövőbeni egészségügyi ellátás-tervezés során.

A légi mentés, az új rohamkocsik korszerű műszerekkel való ellátását tovább kell növelni. A Közép-Dunántúli Onkológiai Központ építése megvalósul (Veszprém megyében), a szakmai követelményeknek mindenben megfelelő intézményben kerülnek ellátásra a daganatos betegségben szenvedő állampolgárok.

A háziorvosi és járó beteg szakellátás folyamatos korszerűsítése szükséges. A háziorvosi munka színvonalának emelése érdekében a praxisközösségek – több háziorvos együttműködésének – létrejöttének támogatásával, a mai fejkvóta mellett a teljesítményt is elismerő finanszírozás, elengedhetetlenül szükséges.

A finanszírozásban, a fejkvóta kialakításában jobban elismerjük az egyes körzetekben élők egészségi állapotából fakadó különbségeket, a háziorvosra nehezedő terheket. Kistérségi összefogással szükséges megszervezni a háziorvosok központi ügyeletének egységes rendszerét, javítva ezzel a helyben élők biztonságos ellátását a nap mind a 24 órájában. Az egészségügyi ellátásban és az ellátáshoz való hozzáférésben ma meglévő különbségek csökkentése további feladatnak tekinthető. Szerencsésebb lenne azonban, ha a betegjogi képviselő-jogvédő az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosához tartozna, ezáltal ajánlásai, szükséges intézkedései erőteljesebben érvényesülhetnek a betegellátók körében.

Számos meghatározó vizsgálati terület akad, amelyek elemzése elkerülhetetlen a jövőben, és amelyek hatásaival feltétlenül számolnunk kell:

A lakosság előrejedése

- A várható élettartam növekedése.
- Az idős páciensek arányának növekedése az egészségügyben.
- A születési arányszám csökkenése.

A migrációból adódó problémák

- A mobilitás (idegenforgalom, más országokban történő letelepedés és munkavállalás) növekedéséből eredő problémák:
 - Növekszik a betegségek átvihetősége.
 - Új fertőző források jelennek meg.
 - Már visszaszorított betegségek újabb térhódítása (pl. tb).
 - A migrációban részt vevő munkások, közösségek eltérő egészségügyi problémáinak felismerése, megoldása, a különbségekből adódó feszültség, többletterhelés kezelése.

Növekvő lakossági elvárások a népegészségügy terén

- Egészségnevelés és információ biztosítása a lakosság számára.
- A munkahelyi balesetek és foglalkozási betegségek megelőzése, csökkentése.

Az egészségügyi költségek emelkedése

- Új, általában költséges diagnosztikus eljárások létrejötte.
- Új terápiás eljárások létrejötte, beleértve az eszközöket és az egyre dráguló gyógyszereket is.
- Növekvő egészségügyi kiadások, amelyek tartalmazzák a korábban nem gyógyítható betegségek kezelését is.
- Az egyenlő hozzáférhetőség biztosítása.

Az egészségügy és az Európai Unió további feladatai a jövőt illetően:

- Az aktív lakosok számának csökkenéséből adódó gondok kezelése.
- Az egészségügyi költségek racionalizálása.
- Az új diagnosztikus és terápiás eljárásokhoz való hozzáférés biztosítása.
- Az új, általában a korábbinál költségesebb eljárások finanszírozási forrásainak megteremtése.
- A hatékonyság növelése.
- Átlátható, összehasonlítható egészségügyi költségek kialakítása és nyilvánosságra hozatala.
- A migrációban részt vevő munkások eltérő egészségügyi igényeinek biztosítása.

A minőségbiztosítás területén:

- A tagállamok és régiók egészségügyi szolgáltatásainak színvonalában meglévő különbségek megszüntetése (standardizálás).
- Minőségügyi szempontok bevezetése az egészségügyben szakmai hálózatok kialakításával, tapasztalatcserével.
- Akkreditációs rendszerek kialakítása.
- Egységes szakmai álláspont kialakítása az egyes (elsősorban terápiás) eljárások hatásosságának megítélését illetően.

Az orvosilag megtehető és a gazdaságilag megengedhető között a szakadék egyre nő. A gazdaságilag fejlett országok világszerte keresik az utat a probléma áthidalására. Az egészségügyi reformok szinte minden országban napirenden vannak. Ezek azonban vagy további, többnyire állami források biztosítását jelentenék az egészségügyi ellátók számára, vagy éppen ellenkezőleg, a források stagnálását vagy csökkentését okoznák; mindkét döntés meghozatala nehézségekkel jár a politikusok számára.

Tekintettel az anyagi források véges voltára, abban mindenki biztos, hogy valamiféle korlátozó intézkedések meghozatalára szükség van. Ezek közül jó néhányat már be is vezettek egyes tagállamok, de mint láttuk, megnyugtató eredményre egyikük sem vezetett.

A költségek növekedésének megállítása, csökkentése az egyik leggyakrabban hangoztatott feladat. Ennek egyik oka, hogy az egészségügyben valóban egyszerre van jelen a hiány és a pazarlás. Amikor a költségek csökkentéséről beszélünk, nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy az egészségügyben a költségek 65–70%-át a bérek teszik ki.

A költségek csökkentésére, vagy legalábbis a növekedés ütemének lassítására volna hivatott az először az USA-ban alkalmazott, ún. DRG rendszer, amely az Európai Unióban is egyre több országban átvételre kerül. (A rövidítés a Disease Related Group kifejezésből származik.) Hasonló szisztéma egyébként az 1990-es évek közepétől érvényben van Magyarországon is.

A környezetvédelem feladata a települések és kistérségek környezet-egészségügyi problémáinak komplex feltárása; az érzékenyebb társadalmi rétegek (gyermekek, roma népesség, korábban veszélyes munkakört betöltők) problémáinak feltárása és felszámolása.

Megfigyelhető, hogy a társadalmi, gazdasági és kulturális különbségek alapján földrajzi határvonalak húzhatók. Napjainkban a gazdaság, a kommunikáció és az orvosi ellátás fokozódó globalizációja több etikai kérdést vet fel az országhatárokon átvélő, globális bioetika megteremtése kapcsán.

Magyarországon haladó szellemű, a nemzetközi alapelvekkel harmonizáló betegjogi rendelkezések vannak életben. Az általános vélemény nem egységes a tekintetben, helyese, hogy az orvos-beteg kapcsolat ennyire elvilágiasodott. Nem szabad elfelejtkeznünk arról az alapvető igazságról hogy, bár fontos betegjogok és szakmai minőségi standardok jelentek meg a modern egészségügyi ellátásban, ezek soha nem választhatók el. Még kevésbé nem helyettesíthetik az orvosok vagy más egészségügyi dolgozók belső etikai motivációját a minőségi segítségnyújtásban.

A lakosság informálását egyedileg végezni igen nagy és hosszadalmas feladat, a probléma pedig sürgető megoldásért kiállt. Több évtizednek kell eltelnie még így is, hogy a lakosság kultúrájába beépüljön a betegjog. Még nagyobb gondot jelent az, hogy politikusaink még mindig nem látják, hogy az emberi erőforrásba fordított anyagi források megtérülnek.

A *prevenció* mindig fontosabb, olcsóbb, mint a betegségek kezelése, a meglévő problémák megoldása. A szociális és egészségügyi térbeli és időbeli folyamatok rendezhetők. Csupán el kell döntenünk mi a cél, mit akarunk elérni, megvalósítani.

Az egészségügy az egész világon válságban van. Magyarország kiemelkedő példája az ún. „közép-kelet-európai egészség-paradoxon”-nak, amely a makro- és mikrogazdaságban gyors fejlődést tükröz (emelkedő GDP-értékek kíséretében), ugyanakkor a lakosság egészségi állapotában, a betegségek előfordulásában, a halálozási adatokban az európai átlaghoz képest jelentős elmaradást mutat.

Hazánkban az egészségügyre a GDP igen alacsony hányadát fordítják, sőt az 1990-es évektől kezdve fokozatos költségelvonásnak is tanúi lehetünk (30–40%-os reálértékcsökkenés).

A méltánytalanul alacsony fizetés pályaelhagyást, és így válsághelyzetet idéz elő. A létszámhiányból eredő ápolás-elégtelenség emberéletekbe is kerülhet, ha a jelenlegi folyamat nem lesz korrigálható.

A fejlett nyugati országokból számos olyan korábbi egészségügyi szervezési, költségvetési és ellenőrzési rendszert vettünk át és veszünk át ma is, amelyeket az angolszász orvostársadalom legjobbjai gyakorlati tapasztalataik alapján már évek óta nem alkalmaznak. A legalapvetőbb probléma az, hogy a betegorientált egészségügyből profitorientált szervezet válhat. Az egészségügyi stratégia alapvető eleme a megelőzés kellene, hogy legyen.

Az átfogó és hosszú távú egészségügyi program és stratégia megindítása, amely az egészséges társadalom létrehozását prioritásként kezelve a betegségek megelőzésére, a korai diagnózisra, a korai halálozás csökkentésére, az életmód megváltoztatására és az egészségügyi oktatásra fekteti a legnagyobb hangsúlyt, elengedhetetlen.

Ezzel párhuzamosan ki kell dolgozni és a mindennapi életben is alkalmazni kell az egészségügy valamennyi területén a magas színvonalú minőségi kontrollt, amely magában foglalja a betegek „tényeken alapuló” kivizsgálását és kezelését, a betegirányítás, az élelmezés, az orvosi, nővéri munka és az egészségüggyel kapcsolatos minden tevékenység optimális megszervezését és elvégzését. Ezáltal nagymértékben elérhetővé válna a betegelégedettség, amely nem generálná a konfliktusokat, így kevesebb lenne a betegjogi megkeresés.

9. Köszönetnyilvánítás

Nehéz köszönetet kifejezni akkor, amikor megszámlálhatatlanul sokaknak tartozom hálával. Dolgozatom írása és az írásra való felkészülés időszakában megélhettem mindazt, amiben hiszek: az őszinte emberi segítségadásnál nincs felemelőbb érzés, hisz jól tudjuk, amíg adhatunk, addig élünk.

Lelket melengető érzés töltött el, amikor láttam azt, hogy a szeretet vesz körül, érdeklődés a téma iránt, a kritikák pozitív szándéka hatotta át segítő tanárait, a dolgozatom témájával közvetlenül foglalkozó segítőimet, barátaimat, akik ötleteikkel segítettek ahhoz, hogy a kutató munkám eredményeképpen e dolgozat létre jöhetett.

Különleges köszönettel tartozom témavezetőmnek, Tóth József professzor úrnak, a PTE TTK Földrajzi Intézet igazgatójának, akinek bölcsessége, fáradhatatlan építő kritikussága új és új kérdéseket és szempontokat vitt a munkámba. Személyes gondoskodása a témával kapcsolatban is őszinte köszönetet érdemel.

Szeretnék továbbá köszönetet mondani Dr. Blasszauer Béla bioetikus, jogász úrnak, Dr. Kovács József egyetemi docens úrnak, a SOTE Magatartástudományi Intézet magas szintű véleményezéséért, segítőkészségéért, támogató együttműködéséért, valamint Prof. Dr. Matkó Idának, a Szószóló Alapítvány Elnökének.

Köszönettel tartozom Feleségemnek, aki lehetővé tette számomra, hogy tanulhassak, biztosította számomra a sokéves tanulás, kutatás időszakában is a nyugalmat, azt a háttérrel, amely hozzásegített ahhoz, hogy dolgozatom elkészülhessen.

10. Irodalomjegyzék

1. 1948. évi XII. törvény az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának cikkelyezéséről
2. 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról
3. 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről
4. 1972. évi II. törvény az Egészségügyről
5. 1997. évi CLIV. törvény az Egészségügyről
6. 1997. évi XLVII. törvény az Egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
7. ANDREWS, G. J. 2004. *Geographies of Health in Nursing*. Health & Place. In Press, Available online 29 January 2005 Science@Direct
8. ANTAL G. 2002. *A betegjogok érvényesítésének konkrét lehetőségei*. Látlelet 2002/11.
9. ANTAL G. 2003. *Betegjogok. Egészségügy az Európai Unióhoz csatlakozás előtt, a földrajzi hatások figyelembe vétele mellett*. Magyarországi társadalmi-gazdasági mozaikok az Uniós csatlakozás kapujában (Tanulmánykötet). Pécs–Szeged. pp. 111–139.
10. ANTAL, G. –BLASSZAUER, B. 2005. *Patients' Rights in Hungary – As Seen by an Ombudsman*. Bulletin of Medical Ethics, London Number 2004. December/Januar 2005. pp. 16–17.
11. AYDIN, E. 2004. *Rights of Patients in Developing Countries: The Case of Turkey*. Journal of Medical Ethics 2004/12., pp. 555–557.
12. ÁDÁNY R. – EMBER I. – MORAVA E. – NAGYMAJTÉNYI L. 2000. *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina, Budapest.
13. BAILLY, A. 2005. *Activites de sante et developpement regional: Une approche medicometrique*. Akadémiai székfoglaló előadás. 2005. április 14. Budapest, www.mta.hu
14. BENCKO, V. – SERY, V. – SIXL, W. 1994. *Hygienic Problems of the Third World Settlements*. Geographia Medica Supplement 10/2., pp. 95–105.
15. BERENCSI G. 1985. *The Geopathological Significance of Drinking Water on the Great Hungarian Plain*. Geographia Medica 15., pp.141–151.
16. BERWICK, D. – HIATT, H. – JANEWAY, P. – SMITH, R. 1997. *An Ethical Code for Everybody in Health Care*. British Medical Journal 1997/1, pp. 1663–1634.

17. BLAES, P. 2002. *Promotion and Enforcement of Patients' Rights*. 14th World Congress on Medical Law Book of Procedure.
18. BLASSZAUER B. 1980. *Jog és etika a szocialista egészségügyben*. Valóság 1980/4., pp. 61–73.
19. BLUMSTEIN, J. F. 2003. *Health Care Law and Policy: Whence and Whither?* Health Matrix Journal of Law-Medicine 2003/4., No. 1. pp. 35–43.
20. BODÁNÉ GÁLOSI M. 2001. *Területi különbségek a magyarországi egészségügyi infrastruktúrában*. In: Magyar Földrajzi Konferencia Szeged, 2001. október 25–27. CD-ROM kiadvány.
21. BRÓSZ – PÓLAI. 1974. *Római jog*. Tankönyvkiadó, Budapest.
22. CASTRO, J. 1955. *Az éhség földrajza*. Szikra Könyvkiadó, Budapest.
23. CHUTCIN, M. P. 2002. *Virtual Medical Geographies: Conceptualizing Telemedicine and Regionalization*. Progress in Human Geography 1., pp. 19–39.
24. COEBERGH, J. W. W. – DE GROBBEE –VANDERBROUCKE, J. P. 1994. *Patient's Rights in Netherlands*. British Medical Journal 1994/8., p. 542.
25. CZIMBALMOS Á. 2000a. „Az Európai Unió szerepe az egészségügyben”. Látélet 2000/6., p. 12.
26. CZIMBALMOS Á. 2000b. *Az Európai Unió és az egészségügy*. Látélet 2000/7., pp. 4–9.
27. CZIMBALMOS Á. 2002. *A globalizáció és az egységes európai piac hatása az Európai Unió tagállamainak egészségügyi ellátórendszerére*. EüM tanulmány. Budapest.
28. CSANÁDY M. 1991. *Vízszennyezés okozta egészségkárosodás Magyarországon*. Hidrológiai Közlöny 71/6., pp. 332–337
29. DANIELS, N. 1992. *HIV-infected Professionals Patient Rights and the „Switchingdilemma”*. JAMA 1992/5., pp. 1368–1371.
30. DAS, A. – LELE, S. – GLASS, G. E. 2002. *Modelling a Discrete Spatial Response Using Generalised Linear Mixed Models: Application to Lyme Disease Vectors*. International Journal of Geographical Information Science 2., pp. 151–166.
31. DEL CASINO, V. J. Jr. 2001. *Healthier Geographies: Mediating the Gaps Between the Needs of People Living with HIV or AIDS and Health Care in Chiang Mai, Thailand*. The Professional Geographer 3., pp. 407–421.
32. DÉSI I. – GÖNCZI Cs. – HOLLÓ A. – PÁSZTOR Zs. 1979. *Magyarország egyes felszíni vizeiben és a levegőben lévő peszticid szennyezettség vizsgálata*. Földrajzi Közlemények 1979/1–3., pp. 66–72.

33. DÉSI I. – MÁRTON M. – GÖNCZI CS. – PÁLDY A. – KIRÁLY O. – VARGA GY. 1983. *A lakosság és a táj vizsgálatának jelentősége a peszticidek okozta megbetegedések és a környezetkárosítás megelőzésében.* Földrajzi Közlemények., pp. 309–320
34. DÉSI I. 1985. *Rövid áttekintés a magyarországi orvosföldrajzi munkáról és a Geographia Medica nemzetközi folyóiratról.* Orvosi Könyvtáros 1.
35. DÉSI I. 1992. *Arsenic Contamination of Drinking Water in South-East Hungary.* Geographia Medica 22., pp. 45–55.
36. DÉSI I. (SZERK.) 1995. *Népegészségtan.* Semmelweis Kiadó, Budapest. 441 p.
37. DIESFELD, H. J. 1997. *Malaria auf dem Vormarsch?* Geographische Rundschau 4., pp. 232–239.
38. DYER, C. 2004. *Patient Held Informally in Hospital had his Rights Violated.* British Medical Journal 2004/10., pp. 329–874.
39. DYER, O. – ZINN, CH. 1995. *WMA Rethinks Patient's Rights.* British Medical Journal 1995/9., pp. 1108–1109.
40. EMMANUEL, E. J. 2004. *The Rights of Patients: The Authoritative ACLU Guide to the Rights of Patients.* The New England Journal of Medicine 2004/8., pp. 724–726.
41. FALLBERG, L. 2000. *Patients Rights in Europe: Where do we stand and where do we go?* European Journal of Health Law 2000/7., pp. 1–3.
42. FAZEKAS – VÁRY – VÁRADY. 1968. *Síkvidéki golyvaendémia vizsgálata Tiszamogyorós községben.* Népegészségügy. pp. 171–174.
43. FELMÉRAI I. 2001. *Betegjogi Koordinációs Tanács tájékoztatója.* Budapest.
44. FERGE ZS. 2000. *Elszabaduló egyenlőtlenségek. A szociális szakképzés könyvtára.* Budapest.
45. FLEISCHER, K. – SCHULZ, E. 2001. *Landschaftsänderung und Krankheit.* Petermanns Geographische Mitteilungen 3., pp. 6–15.
46. FLESSA, S. 1998. *Die Sensitivität der Malariaausbreitung auf Klima-veränderungen und Migrationen – eine strategische Analyse mit Hilfe eines System Dynamics Modells.* Geographische Zeitschrift 3., pp. 158–170.
47. FODOR I. – RICZ I. 2001. *A környezetszennyezés okozta egészségkárosodás a Dél-Dunántúlon.* In: Magyar Földrajzi Konferencia Szeged, 2001. október 25–27. CD-ROM kiadvány.
48. FRANCISSEN, P. W. H. M. 2002. *Patients Rights in Europe: 8 Years After the WHO Declaration of Amsterdam.* 14th World Congress on Medical Law Book of Procedure.

49. GATRELL, A. C. 2005. *Complexity Theory and Geographies of Health: A Critical Assessment*. Social Science & Medicine 60., pp. 2661–2671.
50. GECSŐ O. – HAHN GY. 1987. *Természeti adottságaink orvosföldrajzi vizsgálata*. Földrajzi Értesítő 1987/3–4., pp. 281–290
51. GODFREY, K. 1996. *Legal Rigths for Patients Demanded*. British Medical Journal 1996/11., p. 1284.
52. GOODARE, H. – SMITH, R. 1995. *The Rights of Patients of Research*. British Medical Journal 1995/5., pp. 1277–1278.
53. GÖRZSÖNYI VARGHA L. GY. 1980. *Az orvosföldrajzi vizsgálati modell és tematika az egészségügyi szakközépiskolák részére*. Földrajztanítás 1980/2., pp. 55–58.
54. GYUKITS GY. 2000. *A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere*. In: HORVÁTH Á. – LANDAU E. – SZALAI J. (SZERK.): *Cigánynak születni*. Aktív Társadalom Alapítvány/Új Mandátum, Budapest.
55. HAGGETT, P. 1976. *Hybridizing Alternative Models of an Epidemic Diffusion Proces*. Economic Geography 52., pp. 134–146.
56. HAYNES, R. M. 1985. *Regional Anomalies in Hospital Bed Use in England and Wales*. Regional Studies 1., pp. 19–27.
57. HENGELHAUPT, U. – MEY, W. 1990. *Die Medizinische Geographie – eine intrediszipliniere Forschungsrichtung*. Geographische Berichte 1990/2., pp. 119–132.
58. HOFFMANN, B. F. 1989. *Future Trends in the Legal Rights of Patients in Nursing Homes*. Canadian Medical Association Journal 1989/7., pp. 21–25.
59. HOÓZ I. 1988. *Demográfia*. Tankönyvkiadó, Budapest. pp. 7–21., pp. 200–232.
60. HUNTER, J. M. 1966. *River Blindness in Nangodi, Northern Nigeria*. Geographical Review 56., pp. 398–416.
61. JENNINGS, C. 2004. *Supreme Court Ruling May Revive National Patient's Rights Movement*. Policy, Politics and Nursing Practise, 2004. nov. 5., pp. 272–273.
62. JOHAN B. 1943. *A magyar közegészségügy területi kérdései*. Népegészségügy 21., pp. 1–24.
63. JONES, A. 1994. *Using GIS to Model Emergency Medical Service Accessibility*. Geographia Medica 24., p. 130.
64. JONES, K. – MOON, G. 1991. *Medical geography*. Progress in Human Geography 4., pp. 437–443.

65. JONES, K. – MOON, G. 1992. *Medical Geography: Global Perspectives*. Progress in Human Geography 4., pp. 563–572.
66. JONES K. – MOON, G. 1993. *Medical Geography: Taking Space Seriously*. Progress in Human Geography 4., pp. 515–524.
67. JOSEPH, A. – PHILLIPS, D. 1984. *Accessibility and Utilisation: Geographical Perspectives on Health Delivery*. Harper and Row, New York.
68. KÁROLYI S. 1858. Általános áttekintés az ember betegségeinek földrajzi eloszlásáról. Orvosi Hetilap 40–41.
69. KEARNS, R. – MOON, G. 2002. *From Medical to Health Geography: Novelty, Place and Theory After a Decade of Change*. Progress in Human Geography 5., pp. 605–625.
70. KELLER A. 1993. *Medico-ecological Mapping*. Geographia Medica 23/2., pp. 135–147.
71. KÉRDŐ I. 1961. *Időjárás, éghajlat, egészség*. Medicina, Budapest.
72. KERÉNYI A. 1994. *Környezetünk – egészségünk*. Magazin Kiadó. 141 p.
73. KERTAI P. 1989. *Közegészségtan*. Medicina, Budapest. 733 p.
74. KISTEMANN, T. – LEISCH, H. – SCHWEIKART, J. 1997. *Geomedizin und medizinische Geographie*. Geographische Rundschau 4., pp. 198–203.
75. KISS J. P. – PÁL V. 2001. *A kórházi betegforgalom egészségföldrajzi vonatkozásai Magyarországon*. – Magyar Földrajzi Konferencia absztrakt kötete. Szeged. p. 92.
76. KLINGER A. (SZERK.) 1996. *Demográfia*. KSH, Budapest. pp. 243–291.
77. KOVÁCS J. 1993. *Betegjogok a bioetika szemszögéből*. Előadás a „Konferencia a betegek jogaiért” c. konferencián. LÁNC Egészségkárosodott Emberek Szervezeteinek Szövetsége. Budapest, 1993. május 28.
78. KOVÁCS J. 1997. *Emberi jogok az egészségügyi törvény tervezetében. Megjegyzések a bioetika nézőpontjából*. Fundamentum 1997/1., pp. 101–112.
79. KOVÁCS J. 1999. *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*.
80. KÖCK M. 1994. *Schwermetalle, Vorkommen – Verfügbarkeit*. Geographia Medica 10/2., pp. 117–129.
81. KÖKÉNY M. 2003. *Az egészségügyi reform koncepciójáról és feladatairól*. EüM. Konferencia, Budapest, 2003. december 17.
82. KÖSZEGFALVI E. 2001a. *Egészségügyi és betegjogi kézikönyv*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
83. KÖSZEGFALVI E. 2001b. *A betegek jogai*. pp. 16–17.

84. KNOX, P. L. – PACIONE, M. 1980. *Location Behaviour, Place Preferences and the Inverse Care Law in the Distribution of Primary Medical Care*. *Geoforum* 11., pp. 43–55.
85. KUMRA, W. K. – SINGH, B. L. 1994. *A Geographical Study of Sanitation and Health Problems in Slum of Varanasi*. *Geographica Medica* 24., pp. 9–27.
86. LEARMONTH, A. 1978. *Patterns of Disease and Hunger: A Study in Medical Geography*. David and Charles, London.
87. LOSONCZI Á. 1999. *Utak és korlátok az egészségügyben*. *Tér és Társadalom* 1999/1–2., p. 188.
88. LUSTIGER, J. M. 1997. *Emberhez méltón*. Virgilia Kiadó, Budapest. 18 p.
89. MACGINNIS, E. B. 1995. *Patient's Rights*. *British Medical Journal* 1995/9. 311:671.
90. MACGREGOR, R. – MORRIS – EW BANK, J. – BIRMINGHAM, L. 2001. *Potential Impact of the Human Rights Act on Psychiatric Practice: The Best of British values?* *British Medical Journal* 2001/4., pp. 848–850.
91. *Magyar nyelv értelmező szótára, 5. kötet*. Akadémia Kiadó, Budapest, 1996. p. 81.
92. MARNIER, W. K. 1994. *Patient's Rights to Care Under Clinton's Health Security Act: The Structure of Reform*. *American Journal of Public Health* 1994/8., pp. 1330–1335.
93. MARWICK, C. 1996. *Medical Records Privacy a Patients Rights Issue*. *JAMA* 1996, pp. 1861–1862.
94. MAYER, J. D. 1996. *The Political Ecology of Disease as One New Focus for Medical Geography*. *Progress in Human Geography* 4., pp. 441–456.
95. MEADE, M. S. 1979. *Cardiovascular Mortality in the Southeastern United States: The Coastal Plain Enigma*. *Social Science and Medicine* 4., pp. 257–266.
96. MEADE, S. M. – FLORIN, W. J. – GESLER, M. W. 1988. *Medical Geography*. The Guilford Press, New York–London. 325 p.
97. MOLNÁR L. (SZERK.) 1989. *Orvosi szociológia*. Medicina, Budapest.
98. NÁDOR G. – PÁLDY A. – PINTÉR Á. – VINCZE I. 2000. *A mortalitás térbeli eloszlásának statisztikai elemzése. A leíró módszer korlátjai*. *Egészségtudomány* 2000/4., pp. 292–311.
99. NOVÁK K. 1999. *Tájékoztató az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális Bizottsága számára. A csatlakozási tárgyalásra történő felkészülés helyzete a szociálpolitika, a foglalkoztatás és az egészségügy területén*. Kézirat.

100. OROSZ É. 1984. *A falusi körzeti orvosi szolgálat tárgyi feltételeinek különbségei Bács-Kiskun megyében.* Egészségügyi Gazdasági Szemle 22/3., pp 299–323.
101. OROSZ É. 1985. *Az egészségügyi infrastruktúra területi különbségeinek vizsgálata.* MTA RKK Eredményei 1. Pécs.
102. OROSZ É. 1988. *Az egészségügyi rendszer földrajzáról.* Tér és Társadalom. 1988/4., pp. 29–50.
103. OROSZ É. 1992. *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések.* Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány. 285 p.
104. OROSZ É. 1993. *A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei.* In: ENYEDI GY. (SZERK.): *Társadalmi és területi egyenlőtlenségek Magyarországon.* Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
105. PANDÚR A. 1999. *Pécs közegészségügye és infrastruktúrája az 1890-es években.* In: *A táj és az ember – geográfus szemmel.* Geográfus Doktoranduszok Negyedik Országos Konferenciája. Szeged, 1999. október 22. CD-ROM kiadvány.
106. PARSONS, L. C. 2002. *Protectivity Patient Rights. A Nursing Responsibility.* Policy, Politics and Nursing Practise 2002/8., pp. 274–278.
107. PARTANEN, M. L. –MARTIKANEN, T. 1994. *Finns Defined Patient's Rights Before Dutch.* British Medical Journal 1994/7., pp. 130–131.
108. PÁL V. 1996. *A potenciális városok egészségügyi infrastruktúrájának és ellátottságának területi sajátosságai.* Tér és Társadalom 1996/2–3. pp. 225–230.
109. PÁL V. 1997. *Az egészségföldrajz néhány terminológiai és tudomány-rendszertani kérdése.* In: TÓTH J. – WILHELM Z. (SZERK.): *A társadalmi-gazdasági aktivitás területi-környezeti problémái.* Geográfus Doktoranduszok I. Országos Konferenciája. JPTE TTK, Pécs. pp. 204–214.
110. PÁL V. 1998a. *Történeti csomópontok, kutatási irányzatok a nemzetközi és hazai egészségföldrajzban.* In: MÉSZÁROS R. – TÓTH J. (SZERK.): *Földrajzi kaleidoszkóp.* Tanulmányok Krajkó Gyula professzor 70. születésnapjára. Pécs–Szeged. pp. 8–19.
111. PÁL V. 1998b. *A népesség egészségi állapota és az egészségügyi ellátás.* In: *Csongrád megye területfejlesztési koncepciója. Helyzetértékelés. II/2.* MTA RKK ATI Békéscsabai Osztálya. pp. 51–70.
112. PÁL V. 1999. *Régiók egészségügyi helyzetének komplex elemzése. (Egészségügyi folyamatok regionális léptékben).* A táj és az ember – geográfus szemmel. Geográfus Doktoranduszok Negyedik Országos Konferenciája. Szeged, 1999. október 22. CD-ROM kiadvány.

113. PÁL V. 2000. *Csongrád megyei fekvőbeteg gyógyintézetek vonzásgyűrűi a betegforgalom alapján.* In: SZÓNOKYNE ANCSIN G. (SZERK.): *Határok és régiók.* Nemzetközi Földrajzi Tudományos Konferencia. Szeged, 1999. november 29–30. SZTE TTK Gazdaság és Társadalomföldrajz Tanszék, Szeged. pp. 359–367.
114. PÁL V. 2002. *Az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer néhány sajátossága a határmenti területeken.* In: SZÓNOKYNE ANCSIN G. (SZERK.): *Határok és az Európai Unió.* 2002. november 29 – december 1. pp. 264–271.
115. PÁL V. 2003. *Egészségföldrajzi sajátosságok egy határmenti kistérségben.* In: PÁL Á. (SZERK.): *Héthatáron. Tanulmányok a határmenti települések földrajzából.* JGYTF Kiadó, Szeged. pp. 297–331.
116. PÉNZES I. – TÓTH J. 1970. *Szeged egészségügyi vonzáskörzete és igazgatási-szervezési szerepköre.* Földrajzi Értesítő 1970/3., pp. 303–314.
117. PÉNZES I. – TÓTH J. 1973. *A Dél-Alföld egészségügyi központjainak egymás közötti és külső kapcsolatai.* Földrajzi Értesítő 1973/4., pp. 467–477.
118. PHILLIPS, D. R. – ROSENBERG, M. W. 2000. *Researching the Geography of Health and the Health Care: Connecting with the Third World.* GeoJournal 4., pp. 369–378.
119. PIKÓ B. 2002. *Egészségszociológia.* Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest. 190 p.
120. POLECSÁK M. 1999. *A betegek jogai.* Vince K., Budapest. 332 p.
121. RÉTI E. 1962. *Az orvosföldrajz múltjáról és jelenéről.* Földrajzi Közlemények 1962/4., pp. 337–343.
122. RÉTI E. 1979. *A hazai orvosföldrajz története.* Földrajzi Közlemények 1979/1–3., pp. 177–180.
123. ROE, D. – WEISHUT, D. J. N. – JAGLOM, M. – RABINOWITZ, J. 2002. *Patient's and Staff Members Attitudes About the Rights of Hospitalized Psychiatric Patients.* Psychiatric Services 2002/1., pp. 87–91.
124. ROSENBLATT, R. E. 2003. *The Four Ages of Health Law.* Health Matrix Journal of Law-Medicine 2003/4. No. 1. pp. 155–197.
125. SÁNDOR J. 1997. *Gyógyítás és ítélkezés. Orvosi műhibaperek Magyarországon.* Medicina, Budapest.
126. SÁNDOR J. – HORVÁTH J. – KISS I. – EMBER I. 2000. *A kórházba kerüléshez szükséges út hossza és az agyérrendszeri halálozási rizikó kapcsolata Somogy megyében.* Statisztikai Szemle 78., pp. 142–150.
127. SÁNDOR J. – NÉMETH Á. – KISS I. – KVARDA A. – BUJDOSÓ L. – EMBER I. 2003. *Kistérségek halálozási viszonyainak változása.* Egészségtudomány 47., pp. 29–44.

128. SCHAFFLER, R. – SCHAFFLER, K. – KÖCK, M. – SIXL, W. – MARTH, E. 1994. *Biomonitoring von Schwermetallen in Böden mit Regenwürmen*. *Geographia Medica* 10/2., pp.105–117.
129. SCHWEIKART, J. – KISTEMANN, T. 2001. *Geoinformationssysteme in der Medizinischen Geographie*. *Petermanns Geographische Mitteilungen* 3., pp. 18–29.
130. SHANNON, G. W. – DEVER, A. G. 1974. *Health Care Delicery: Spatial Perspectives*. McGraw–Hill, New York.
131. SILVER, M. H. 1997. *Patient's Rights in England and the USA*. *Journal of Medical Ethics* 1997/8., pp. 213–220.
132. STRANGEWAYS, P. 2001. *A Memorable Patient: The Patient Might be Right*. *British Medical Journal* 2001/7., p. 198.
133. SZEGŐ L. – JÁRMY J. – VARGHA L. 1977. *A bőrrák és a dohánytermesztés összefüggéseinek vizsgálata Szabolcs-Szatmár megyében*. *Epidemiológia* 21., pp. 51–59.
134. TAKÁCS A. – BOJÁN F. – NOVÁK K. – KARDOS G. – SZÍVÓS P. 1996. *Az európai integráció szociális és egészségügyi kérdései*. EüM tanulmány, Budapest.
135. THOMAS R. W. 1993. *Forecasting the Global Spread of HIV Using the Asian Influenza Pandemic as a Spatial Control*. *Geographia Medica* 23/1., pp. 77–97.
136. THOUEZ J. P. 1993. *Methological Guidelines for the Analysis and Mapping of Cancer*. *Geographia Medica* 23/1. pp. 21–43
137. TÓTH J. 1995. *A földrajztudomány néhány alapkérdéséről*. In: GOLOBICS P. – TÓTH J. (SZERK.): *Válogatott fejezetek a társadalomföldrajz köréből*. Pécs. pp. 5–16.
138. TÓTH J. 1998. *A földrajz néhány alapkérdése és a kulturális földrajz*. In: MÉSZÁROS R. – TÓTH J. (SZERK.): *Földrajzi kaleidoszkóp*. Tanulmányok Krajkó Gyula professzor 70. születésnapjára. Pécs–Szeged. pp. 59–73.
139. TÓTH J. (SZERK.) 2001. *Általános társadalomföldrajz I*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs. 484 p.
140. TÓTH J. 2004. *Kell-e nekünk régió?* Iskolakultúra, XIV. évfolyam, 11. szám, pp. 48–68.
141. TÓZSA I. 1994. *Egészségügyi környezetinformációs rendszer Budapesten*. *Földrajzi Értesítő* 1994/1–4., pp. 251–263
142. TURNER, B. S. 1993. *Outline of a Theory of Human Right*. *Sociology* 1993/9., pp. 489–512.

143. UZZOLI A. 2000. *Az egészségi állapot vizsgálata Budapest VIII. kerületében.* Comitatus 2000. július-augusztus, pp. 48–57.
144. UZZOLI A. 2001. *Társadalmi konfliktusok bizonyítása az egészségföldrajz eredményeinek felhasználásával.* In: Magyar Földrajzi Konferencia Szeged, 2001. október 25–27. CD-ROM kiadvány.
145. VARGÁNÉ HAJÚ P. – ÁDÁNY R. 2000. *A halálozás területi különbségei Magyarországon 1994–1996.* Népegészségügy 2000/1., pp. 4–26.
146. VARGHA L. GY. 1985. *Gyógyító természet; Mit tud Miskolctapolca? Élet és Tudomány* 1985/9., pp. 274–276
147. VARGHA L. GY. 1988. *Orvosföldrajzilag a gyógyvízország fejlesztési problémájáról.* Tér és Társadalom 1988/3., pp. 63–83
148. VERHASSELT, Y. 1977. *Notes on Geography and Cancer.* Social Science and Medicine 10., pp. 745–748.
149. WALLIN, A. 1994. *Patient's Rights in Finland.* British Medical Journal 1994/4., pp. 1102–1103.
150. ZAHARCHENKO, M. P. – SELUZHITSKI, G. V. – SZHERBO, A. P. – OGARKOV, P. I. 1993. *On the Significance of Soil Factor in the Medical Geographical Diagnostics.* Geographia Medica 23/1., pp. 51–63.

11. Mellékletek

I. számú melléklet

A KÉRDŐÍV KITÖLTÉSE ÖNKÉNTES!

KÉRDŐÍV A BETEGJOGOK ÉRVÉNYESÜLÉSÉRŐL

1. Az Ön neme?

- ☐ nő
- ☐ férfi

2. Az alábbiakban felsorolt korcsoportok közül melyikbe tartozik?

- ☐ 18–31 éves
- ☐ 31–45 éves
- ☐ 46–60 éves
- ☐ 60 évesnél idősebb

3. Legmagasabb iskolai végzettsége?

- ☐ általános iskola
- ☐ szakmunkás vagy szakiskola
- ☐ érettségi
- ☐ főiskolai/egyetemi végzettség

4. Foglalkozásának jellege?

- ☐ fizikai
- ☐ szellemi
- ☐ egyéb, máshova nem sorolható tevékenység

5. Értesült már arról, hogy a betegek jogait törvényben rögzítették?

- ☐ igen
- ☐ nem

6. Amennyiben már hallott arról, hogy a betegek jogait törvényben rögzítették, honnan szerezte ezeket az ismereteket?

- ☐ a médiából (tv, rádió, újság, internet)
- ☐ egészségügyi intézményben tájékoztatták
- ☐ betegjogokat ismertető nyomtatványból
- ☐ máshonnan, egyéb forrásból

7. Egészségügyi ellátása során érezte-e magát kiszolgáltatott helyzetben?

- ☐ igen
- ☐ nem

8. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó emberi méltóságában megsértette-e Önt?

- ☐ igen
- ☐ nem

9. Az egészségügyi szolgáltató intézménybe kerüléskor tájékoztatták-e Önt jogairól, kötelezettségeiről?

- ☐ igen
- ☐ nem

10. Amennyiben tájékoztatást kapott, ki adta a tájékoztatást?

- ☐ orvos
- ☐ szakdolgozó
- ☐ betegtárs
- ☐ egyéb

11. Az ellátása során tájékoztatták-e a kezelésekkel kapcsolatosan?

- ☐ a kezelések /vizsgálatok megkezdése előtt
- ☐ a kezelések/vizsgálatok során
- ☐ a kezelések/vizsgálatok után
- ☐ nem

12. Megismerte-e Ön a Kórház Háziarendjét?

- ☐ igen
- ☐ nem

13. Végeztek-e az Ön esetében műtétet?

- ☐ igen
- ☐ nem

14. Amennyiben végeztek műtétet, tájékoztatták-e arról, hogy miért szükséges a műtét elvégzése?

- ☐ igen
- ☐ nem

15. A műtéttel kapcsolatos esetleges szövődményekről kapott-e tájékoztatást?

- ☐ igen
- ☐ nem

16. Az Ön számára megfelelően érthető volt-e a műtéttel kapcsolatos tájékoztatás?

- ☐ igen
- ☐ nem

17. A tájékoztatást nem értette meg, mégis aláírta a műtéti beleegyező nyilatkozatot?

- ☐ igen
- ☐ nem

18. A nem műtéti beavatkozások, vizsgálatok előtt tájékoztatták-e arról, hogy miért szükséges a vizsgálat elvégzése?

- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ részben

19. A nem műtéti beavatkozások során kapott e tájékoztatást arról, mi fog történni a vizsgálatok során?

- ☐ igen
- ☐ nem
- ☐ részben

20. Kérdéssel fordult-e az egészségügyi szolgáltatást végzőhöz, betegségével, kezelésével összefüggésben?

- ☐ igen
- ☐ nem

21. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó korlátozta-e a kapcsolattartást?

- ☐ igen
- ☐ nem

22. Orvosával négy szem között meg tudta beszélni problémáit?

- ☐ igen
- ☐ nem

23. Kapott-e tájékoztatást arról, hogy amennyiben úgy érzi, hogy bármilyen sérelem érte, panasz van, jogai érvényesítéséhez hova fordulhat?

- ☐ igen
- ☐ nem

24. Felvilágosították az egészségügyi dokumentációba való betekintés, illetőleg másolás jogáról?

- ☐ igen
- ☐ nem

25. A kórházi kezelése alatt az adatvédelemmel kapcsolatosan kapott-e tájékoztatást?

- ☐ igen
- ☐ nem



2. kérdés: Az egészségügyi dokumentációhoz való hozzáférést ki kapta meg?

- 25 fő 18-30 éves kor között (13,3%)
- 98 fő 31-45 éves kor között (66,7%)
- 27 fő 46-60 éves kor között (18,2%)
- 29 fő 60 évesnél idősebbek között (19,8%)



A kórház egészségügyi titkára figyelembe vette?

- 11 fő/20 éves kor között (7,7%)
- 85 fő/21 éves kor között vagy idősebbek (62,3%)
- 82 fő/22 éves kor között (61,7%)
- 18 fő/23 éves kor között vagy idősebbek (13,3%)



II. számú melléklet

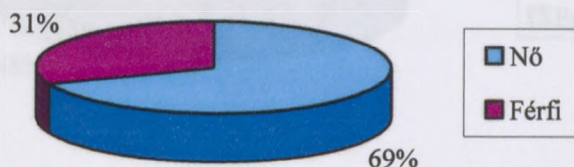
A kérdőívre adott válaszok megoszlása

1. kérdés: Az Ön neme?

A válaszadók megoszlása nemenként (összesen 200 fő):

138 fő nő (69%)

62 fő férfi (31%)



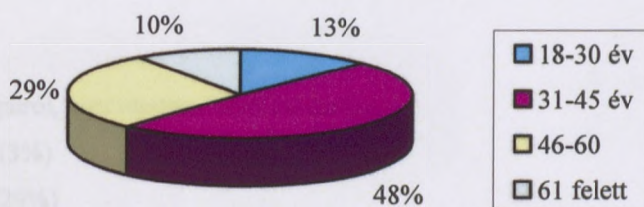
2. kérdés: Az alábbiakban felsorolt korcsoportok közül melyikbe tartozik?

25 fő 18–30 évesek közül (12,5%)

98 fő 31–45 évesek közül (49%)

57 fő 46–60 évesek közül (28,5%)

20 fő 60 évesnél idősebbek esetében (10%)



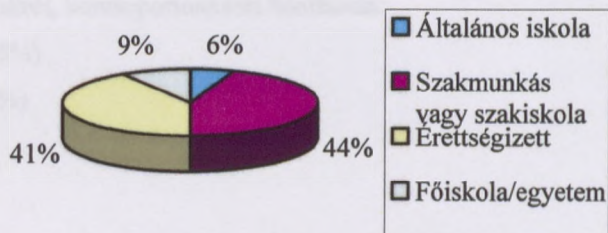
3. kérdés: Legmagasabb iskolai végzettsége?

11 fő általános iskolai (5,5%)

89 fő szakmunkás vagy szakiskolai (44,5%)

82 fő érettségizett (41%)

18 fő főiskolai/egyetemi végzettséggel rendelkező (9%)

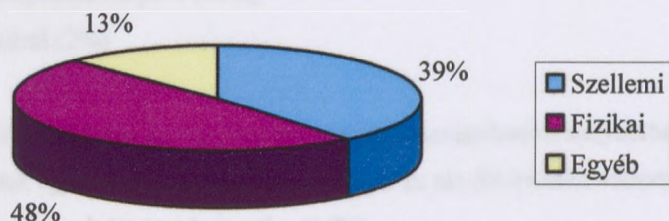


4. kérdés: Foglalkozásának jellege?

97 fő fizikai (48,5%)

78 fő szellemi (39%)

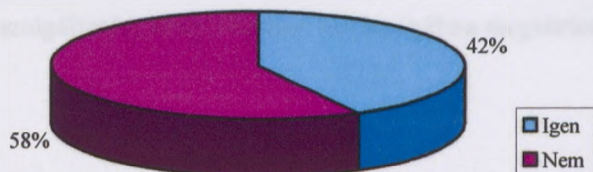
25 fő egyéb (12,5%)



5. kérdés: Értesült már arról, hogy a betegek jogait törvényben rögzítették?

84 fő igen (42%)

116 fő nem (58%)



Akik hallottak a betegek jogairól, korcsoportonkénti bontásban:

26 fő 18–45 évesek közül (13%)

58 fő 46–71 évesek közül (29%)

Iskolai végzettség alapján:

2 fő általános iskolai (1%)

28 fő szakmunkás vagy szakiskolai (14%)

40 fő érettségivel rendelkező (20%)

14 fő főiskola/egyetemi végzettséggel rendelkező (7%)

Akik nem hallottak a betegjogokról, korcsoportonkénti bontásban:

18–45 évesek közül 97 fő (48,5%)

46–71 évesek közül 19 fő (9,5%)

6. kérdés: Amennyiben már hallott arról, hogy a betegek jogait törvényben rögzítették, honnan szerezte ezeket az ismereteket?

32 fő a médiából (tv, rádió, újság, internet) (16%)

28 fő egészségügyi szolgáltatótól (14%)

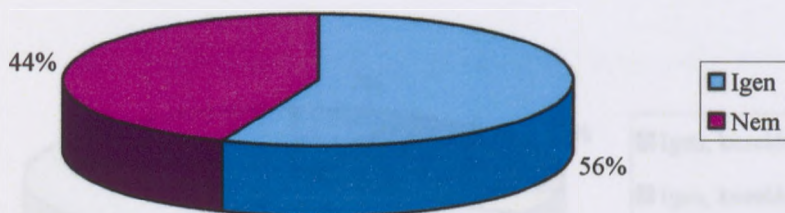
20 fő betegjogokat ismertető nyomtatványból (10%)

4 fő máshonnan, egyéb forrásból (2%)

7. számú kérdés: Egészségügyi ellátása során érezte-e magát kiszolgáltatott helyzetben?

112 fő igen, mert nem kezeltek egyenrangú partnerként, érződött az alá-fölérendelt viszony (56%)

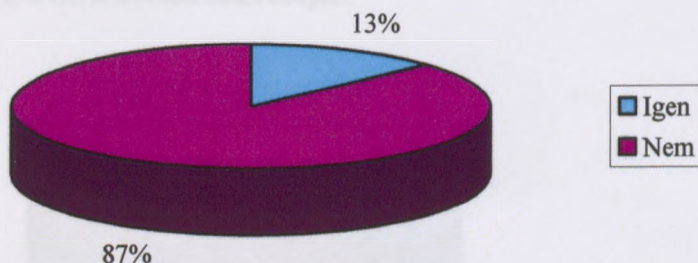
88 fő nem, mert nem kerültem kiszolgáltatott helyzetbe (44%)



8. kérdés: Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó emberi méltóságában megsértette-e Önt?

26 fő igen (13%)

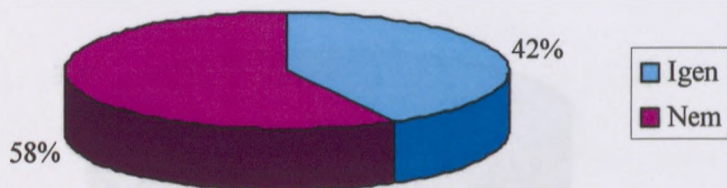
174 fő nem (87%)



9. kérdés: Az egészségügyi szolgáltató intézménybe kerüléskor tájékoztatták-e Önt jogairól, kötelezettségeiről?

84 fő igen (42%)

116 fő nem (58%)

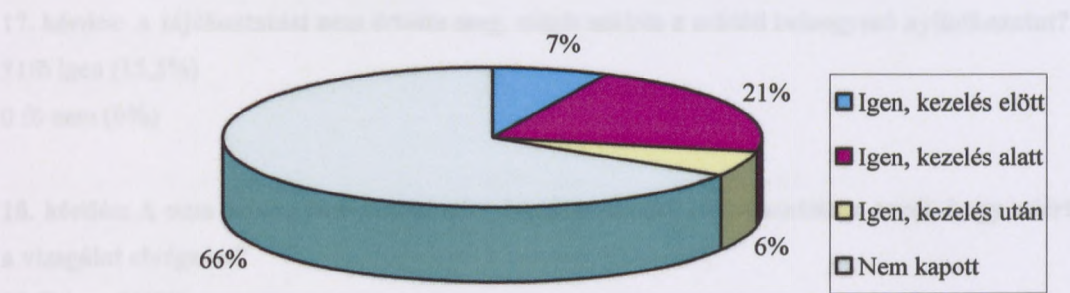


10. kérdés: Amennyiben tájékoztatást kapott a betegjogokról, ki adta a tájékoztatást?

- Orvos 3 fő (1,5%)
- Szakdolgozó 12 fő (6%)
- Betegtárs 6 fő (3%)
- Egyéb (nyomtatványokból) 63 fő (31,5%)

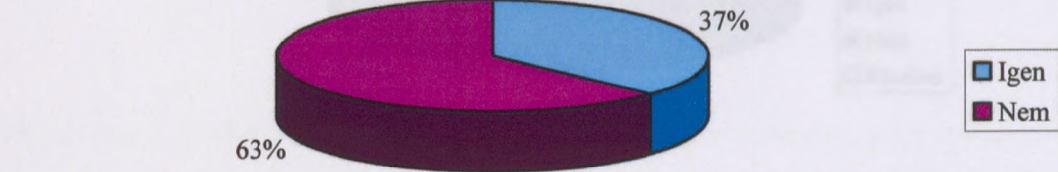
11. kérdés: Az ellátása során tájékoztatták-e a kezelésekkal kapcsolatosan?

- 14 fő válasza igen a kezelések /vizsgálatok megkezdése előtt (7%)
- 42 fő válasza igen, a kezelések/vizsgálatok során (21%)
- 12 fő válasza igen, a kezelések/vizsgálatok után (6%)
- 132 fő nem kapott (66%)



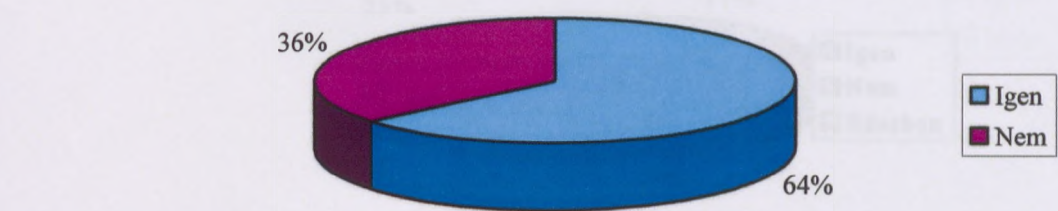
12. kérdés: Megismerte-e Ön a Kórház házirendjét?

- 74 fő igen (37%)
- 126 fő nem (63%)



13. kérdés: Végeztek-e az Ön esetében műtétet? (A belgyógyászati osztályon kívül két – kis létszámú – műtéti (urológiai és szülészeti) osztályra terjedt ki a kutatás.)

- 128 fő igen (64%)
- 72 fő nem (36%)



14. kérdés: Amennyiben végeztek műtétet, tájékoztatták-e arról, hogy miért szükséges a műtét elvégzése?

87 fő igen (43,5%)
41 fő nem (20,5%)

15. kérdés: A műtéttel kapcsolatos esetleges szövődményekről kapott-e tájékoztatást?

26 fő igen (13%)
102 fő nem (51%)

16. kérdés: Az Ön számára megfelelően érthető volt-e a műtéttel kapcsolatos tájékoztatás?

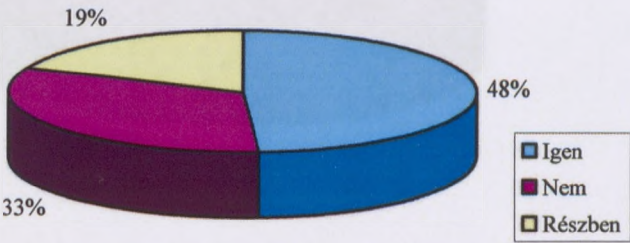
56 fő igen (28%)
31 fő nem (15,5%)

17. kérdés: A tájékoztatást nem értette meg, mégis aláírta a műtéti beleegyező nyilatkozatot?

31fő igen (15,5%)
0 fő nem (0%)

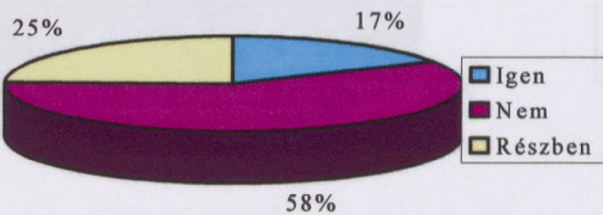
18. kérdés: A nem műtéti beavatkozások, vizsgálatok előtt tájékoztatták-e arról, hogy miért szükséges a vizsgálat elvégzése?

98 fő igen (49%)
65 fő nem (32,5%)
37 fő részben (18,5%)



19. kérdés: A nem műtéti beavatkozások során kapott e tájékoztatást arról, mi fog történni a vizsgálatok során?

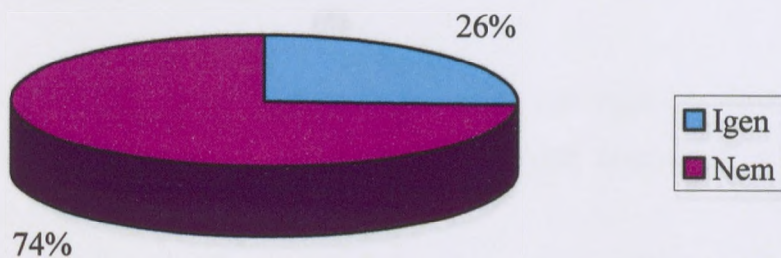
34 fő igen (17%)
117 fő nem (58,5%)
49 fő részben (24,5%)



20. kérdés: Kérdéssel fordult-e az egészségügyi szolgáltatást végzőhöz, betegségével, kezelésével összefüggésben?

51 fő igen (25,5%)

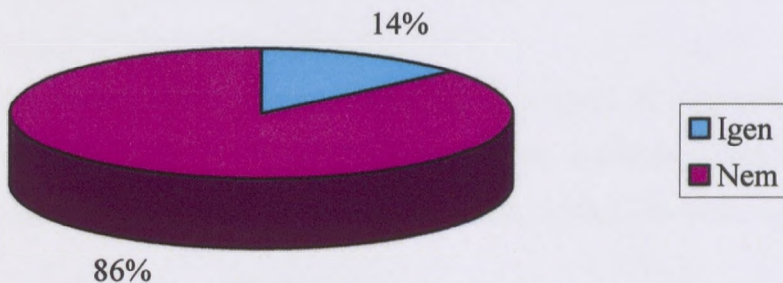
149 fő nem (74,5%)



21. kérdés: Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó korlátozta-e a kapcsolattartást?

0 fő igen (0%)

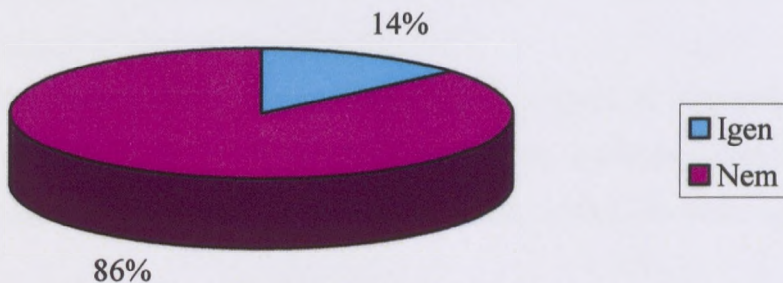
200 fő nem (100%)



22. kérdés: Orvosával négy szem között meg tudta-e beszélni problémáit?

27 fő igen (13,5%)

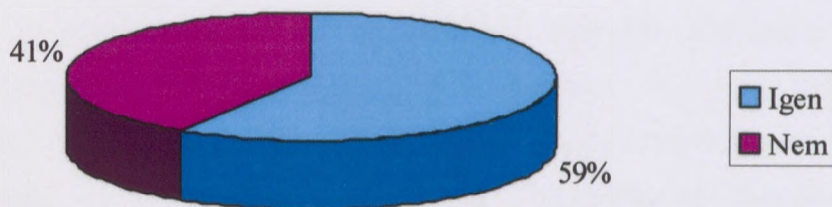
173 fő nem (86,5%)



23. kérdés: Kapott-e tájékoztatást arról, hogy amennyiben úgy érzi, hogy bármilyen sérelem érte, panasza van, jogai érvényesítéséhez hova fordulhat?

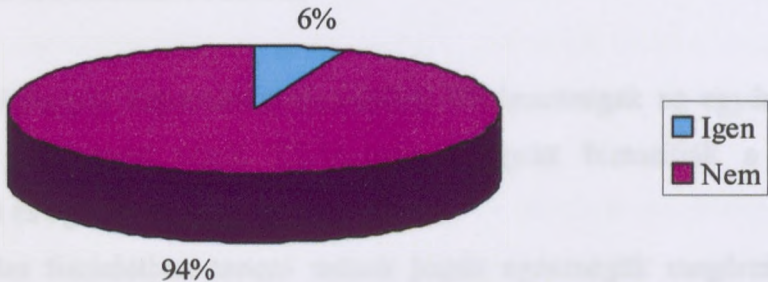
118 fő igen (59%)

82 fő nem (41%)



24. kérdés: Az egészségügyi dokumentációba való betekintés, illetőleg másolás jogáról felvilágosították-e?

12 fő igen (6%)
188 fő nem (94%)



25. kérdés: A kórházi kezelése alatt az adatvédelemmel kapcsolatosan kapott-e tájékoztatást?

8 fő igen (4%)
192 fő nem (96%)

II. fejezet

A BETEGEK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

Az egyén szerepe

5.§) (1) Az egészségüggyel kapcsolatos társadalmi kötelezettségek az egyén saját és környezete egészségi állapotáért viselt felelősségével együtt biztosítják a lakosság egészségének védelmét és egészségi állapotának javítását.

(2) Mindenki köteles tiszteletben tartani mások jogait egészségük megőrzéséhez és védelméhez, a betegségek megelőzéséhez és a gyógyuláshoz.

(3) Mindenkinek

a) joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségei megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben,

b) joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről,

c) saját egészségi állapotáért a tőle elvárható módon felelősséggel kell tartoznia,

d) kötelessége tartózkodni minden olyan magatartástól és tevékenységtől, amely a társadalmilag elfogadható kockázati szinten felül, köztudottan mások egészségét veszélyezteti,

e) kötelessége – a tőle elvárható módon – segítséget nyújtani és a tudomása szerint arra illetékes egészségügyi szolgáltatót értesíteni, amennyiben sürgős szükség vagy veszélyeztető állapot fennállását észleli, illetve arról tudomást szerez.

A betegek jogai és kötelezettségei

Az egészségügyi ellátáshoz való jog

6.§) Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez.

7.§) (1) Minden betegnek joga van - jogszabályban meghatározott keretek között - az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátáshoz.

(2) Megfelelő az ellátás, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.

(3) Folyamatosan hozzáférhető az ellátás, amennyiben az egészségügyi ellátórendszer működése napi 24 órán keresztül biztosítja annak igénybevehetőségét.

(4) Megkülönböztetés nélküli az ellátás, ha az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során nem történik hátrányos megkülönböztetés a betegek között társadalmi helyzetük, politikai nézeteik, származásuk, nemzetiségük, vallásuk, nemük, szexuális irányultságuk, koruk, családi állapotuk, testi vagy értelmi fogyatékoságuk, képzettségük és minden más egyéb, az egészségi állapotukkal össze nem függő ok alapján.

8.§) (1) A betegnek joga van az állapota által szakmailag indokolt szintű egészségügyi szolgáltató és – ha jogszabály kivételt nem tesz – a választott orvos egyetértésével az ellátását végző orvos megválasztásához, amennyiben azt az egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma, az ellátás sürgőssége vagy az ellátás igénybevételének alapjául szolgáló jogviszony nem zárja ki.

(2) Az (1) bekezdés szerinti orvosválasztás joga a fekvőbeteg-gyógyintézetben az intézet működési rendjének megfelelően gyakorolható.

(3) A beteg bármely, a kezelőorvos által megállapított diagnózissal, illetőleg javasolt terápiával, valamint fekvőbeteg-gyógyintézetből történő tervezett elbocsátásával vagy más egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalásával kapcsolatban kezdeményezheti más orvos által történő vizsgálatát.

9.§) (1) Amennyiben a beteg az adott egészségügyi szolgáltatónál nem részesíthető az egészségi állapota által indokolt legrövidebb időn belül a szükséges ellátásban, tájékoztatni kell őt arról, hogy az adott ellátás mely egészségügyi szolgáltatónál biztosítható.

(2) A beteget várólistára kell helyezni, ha

a) az ellátás más egészségügyi szolgáltatónál nem biztosítható, vagy

b) az (1) bekezdés szerinti esetben a beteg nem fogadja el a más egészségügyi szolgáltatónál történő ellátását.

(3) A várólistára helyezés esetén a beteget a várakozás okáról és annak várható időtartamáról, illetve esetleges következményeiről tájékoztatni kell.

(4) A várólistán a sorrend kialakítása, valamint a beteg kiválasztása egységes, ellenőrizhető, nyilvánosságra hozott szakmai szempontok szerint, a várólistán szereplő betegek egészségi állapota által indokoltan és hátrányos megkülönböztetés nélkül történik. Ennek ellenőrzésére a beteg írásbeli meghatalmazása alapján a betegjogi képviselő is jogosult.

(5) A várólista az adott egészségügyi ellátásra várakozó betegek egészségügyi és személyazonosító adatait, valamint a kiválasztásukat indokoló körülményeket tartalmazza.

Az emberi méltósághoz való jog

10.§) (1) Az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltóságát tiszteletben kell tartani.

(2) A betegen – e törvény eltérő rendelkezésének hiányában – kizárólag az ellátásához szükséges beavatkozások végezhetők el.

(3) Az ellátás során a beteg jogainak gyakorlásában csak az egészségi állapota által indokolt ideig – törvényben meghatározott – mértékben és módon korlátozható.

(4) A beteg személyes szabadsága – ellátása során – fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel vagy eljárásokkal kizárólag sürgős szükség esetén, illetőleg a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében korlátozható. A beteg korlátozása nem lehet büntető jellegű, és csak addig tarthat, ameddig az elrendelés oka fennáll.

(5) Korlátozó módszerek vagy eljárások alkalmazását – ha e törvény kivételt nem tesz – a beteg kezelőorvosa írásban rendeli el, megjelölve azok indítékát és alkalmazásuk időtartamát. állandó orvosi felügyelet hiányában – kivételesen indokolt esetben – ideiglenesen szakápoló is elrendelheti a korlátozást.

A korlátozásról a kezelőorvost haladéktalanul értesíteni kell, akinek azt tizenhat órán belül írásban jóvá kell hagynia. Ennek hiányában a korlátozást meg kell szüntetni.

(6) A beteget csak méltányolható okból és ideig szabad várakoztatni.

(7) A beteg ellátása során szeméremérzetére tekintettel ruházata csak a szükséges időre és a szakmailag indokolt mértékben távolítható el.

A kapcsolattartás joga

11.§) (1) A (2)-(7) bekezdésekben foglalt jogokat a beteg a fekvőbeteg-gyógyintézetben meglévő feltételektől függően, betegtársai jogainak tiszteletben tartásával és a betegellátás zavartalanságát biztosítva gyakorolhatja. Ennek részletes szabályait – e jogok tartalmának korlátozása nélkül – a fekvőbeteg-gyógyintézet házirendje határozza meg. A házirend a (2)-(7) bekezdésekben foglaltakon túl további jogokat is megállapíthat.

(2) A beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezése során jogosult más személyekkel akár írásban, akár szóban kapcsolatot tartani, továbbá látogatókat fogadni. A beteg megtilthatja, hogy a gyógykezelésének tényét vagy a gyógykezelésével kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárják. Ettől csak a gondozása érdekében, közeli hozzátartozója vagy a gondozására köteles személy kérésére lehet eltekinteni.

(3) A súlyos állapotú betegnek joga van arra, hogy az általa megjelölt személy mellette tartózkodjon. Cselekvőképtelen beteg esetén a fenti személy megjelölésére a 16.§) (1)–(2) bekezdésében meghatározott személy is jogosult. E bekezdés alkalmazásában súlyos állapotú az a beteg, aki állapota miatt önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai gyógyszerrel sem szüntethetők meg, illetőleg pszichés krízishelyzetben van.

(4) A kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon.

(5) A szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdas és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen, a szülést követően pedig arra, hogy – amennyiben ezt az ő vagy újszülöttje egészségi állapota nem zárja ki – újszülöttjével egy helyiségben helyezték el.

(6) A beteget megilleti a vallási meggyőződésének megfelelő egyházi személlyel való kapcsolattartásnak és vallása szabad gyakorlásának joga.

(7) A beteg – törvény eltérő rendelkezése hiányában – jogosult saját ruháinak és személyes tárgyainak a használatára.

Az intézmény elhagyásának joga

12.§) (1) A betegnek joga van az egészségügyi intézményt elhagyni, amennyiben azzal mások testi épségét, egészségét nem veszélyezteti. E jog csak törvényben meghatározott esetekben korlátozható.

(2) A beteg távozási szándékát a kezelőorvosnak bejelenti, aki ezt a tényt a beteg egészségügyi dokumentációjában feltünteti.

(3) Amennyiben a beteg az egészségügyi intézményt bejelentés nélkül hagyja el, a kezelőorvos ezt a beteg egészségügyi dokumentációjában feltünteti, továbbá, ha a beteg állapota indokolja, az intézmény elhagyásának tényéről értesíti az illetékes hatóságokat, valamint cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképességű beteg esetén a törvényes képviselőt.

(4) A beteg egészségügyi intézményből történő elbocsátásáról a beteget, illetőleg hozzátartozóját előzetesen tájékoztatni kell, lehetőség szerint legalább 24 órával a tervezett elbocsátást megelőzően.

(5) Cselekvőképtelen beteg esetén az (1) bekezdés szerinti jog a törvényes képviselő egyetértésével gyakorolható.

A tájékoztatáshoz való jog

13.§) (1) A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.

- (2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon
- a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
 - b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
 - c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
 - d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
 - e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
 - f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
 - g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
 - h) a további ellátásokról, valamint
 - i) a javasolt életmódról.

(3) A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdezésre.

(4) A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait.

(5) A cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes betegnek is joga van a korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz.

(6) A betegnek joga van megismerni az ellátásában közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.

(7) A tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartó biztosítja.

(8) A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jeltolmácsot biztosítsanak.

14.§) (1) A cselekvőképes beteg a tájékoztatásáról lemondhat, kivéve, ha betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse. Ha a beavatkozásra a beteg kezdeményezésére és nem terápiás célból kerül sor, a tájékoztatásról való lemondás csak írásban érvényes.

(2) A cselekvőképes betegnek joga van írásban vagy egyéb hitelt érdemlő módon kijelölni azt a személyt, akit helyette tájékoztatni kell.

(3) A tájékoztatás joga a beteget akkor is megilleti, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének.

Az önrendelkezéshez való jog

15.§) (1) A beteget megilleti az önrendelkezéshez való jog, amely kizárólag törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.

(2) Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza, figyelembe véve a 20.§)-ban előírt korlátozásokat.

(3) A betegnek joga van arra, hogy a kivizsgálását és kezelését érintő döntésekben részt vegyen. Az e törvényben foglalt kivételektől eltekintve bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg tévedéstől, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését (a továbbiakban: beleegyezését) adja.

(4) A beteg a (3) bekezdésben foglalt beleegyezését szóban, írásban vagy ráutaló magatartással megadhatja, kivéve, ha e törvény eltérően nem rendelkezik.

(5) Az invazív beavatkozásokhoz a beteg írásbeli vagy – amennyiben erre nem képes – két tanú együttes jelenlétében, szóban vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges.

(6) A beteg a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja. A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

16.§) (1) A cselekvőképes beteg – ha e törvény eltérően nem rendelkezik – közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy – írásképtelensége esetén – két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal

a) megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akit a 13.§) alapján tájékoztatni kell,

b) az a) pontban meghatározott személy megjelölésével vagy anélkül a (2) bekezdés szerinti személyek közül bárkit kizárhat a beleegyezés és a visszautasítás jogának helyette történő gyakorlásából, illetve a 13.§) szerinti tájékoztatásból.

(2) Amennyiben a beteg cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes és nincs az (1) bekezdés a) pontja alapján nyilatkozattételre jogosult személy, a beleegyezés és a visszautasítás jogának a (4) bekezdésben foglalt korlátok közötti gyakorlására – az (1) bekezdés b) pontjában foglaltak figyelembevételével – a megjelölt sorrendben az alábbi személyek jogosultak:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

- ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában
- bb) gyermeke, ennek hiányában
- bc) szülője, ennek hiányában
- bd) testvére, ennek hiányában
- be) nagyszülője, ennek hiányában
- bf) unokája;
- c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes
- ca) gyermeke, ennek hiányában
- cb) szülője, ennek hiányában
- cc) testvére, ennek hiányában
- cd) nagyszülője, ennek hiányában
- ce) unokája.

(3) Az egy sorban nyilatkozattételre jogosultak ellentétes nyilatkozata esetén a beteg egészségi állapotát várhatóan legkedvezőbben befolyásoló döntést kell figyelembe venni.

(4) A (2) bekezdés szerinti személyek nyilatkozata – kizárólag a 13.§)-ban foglalt tájékoztatást követően – a kezelőorvos által javasolt invazív beavatkozásokhoz történő beleegyezésre terjedhet ki. E nyilatkozat azonban – a 20.§) (3) bekezdése szerinti eset kivételével – a beavatkozással fölmerülő kockázatoktól eltekintve nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát, így különösen nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodásához. A nyilatkozatról a beteget cselekvőképpessé válását követően azonnal tájékoztatni kell.

(5) Az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntésekben a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni abban az esetben is, ha a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát a (2) bekezdés szerinti személy gyakorolja.

EüTv 2/2. fejezet: A betegek jogai.....

17.§) (1) A beteg beavatkozásokba történő beleegyezését vélelmezni kell, ha a beteg egészségi állapota következtében beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes, és

a) a 16.§) (1) bekezdés a) pontja szerinti személy nyilatkozatának beszerzése késsedelemmel járna;

b) invazív beavatkozások esetén akkor, ha a 16.§) (1) bekezdés a) pontja vagy a 16.§)

károsodásához vezetne.

vagy intézkedés elmaradása

súlyosan veszélyezteti, továbbá

b) ha – a 20–23.§)-okra is figyelemmel – a beteg közvetlen életveszélyben van.

el, ha A (3) bekende stoffen (ammoniak, azijn, chloor, ha, een binnenzorg)

a) azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy

b) ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

életveszély fennállása esetén vagy az (1) bekezdés b) pontja szerinti esetben végezhető el.

megsemmisítéséhez.

távolítsanak el. A bevezetés és a társasági adó törvények közötti összefüggésekről

Az ellátás visszautasításának joga

(2) A beteg minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza. Ez utóbbi esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.

(3) A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás visszautasítása a (2) bekezdés szerinti alaki előírások betartásával történhet.

(4) A (3) bekezdés szerinti visszautasítás csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve, hogy a (3) bekezdés szerinti feltételek fennállnak, továbbá a beteg az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten kinyilvánítja a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe.

(5) A (4) bekezdés szerinti bizottság tagjai a beteg kezelőorvosa, egy – a beteg gyógykezelésében részt nem vevő –, a betegség jellegének megfelelő szakorvos, valamint egy pszichiáter szakorvos.

(6) A beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.

(7) A (2)–(3) bekezdések szerinti visszautasítás esetén meg kell kísérelni a beteg döntése háttérében lévő okok - személyes beszélgetés alapján történő - feltárását és a döntés megváltoztatását. Ennek során a 13.§) szerinti tájékoztatáson túl ismételten tájékoztatni kell a beavatkozás elmaradásának következményeiről.

(8) A beteg a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja.

21.§) (1) Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképességű beteg esetén a 20.§) (2) bekezdése szerinti ellátás nem utasítható vissza.

(2) Amennyiben cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképességű beteg esetén a 20.§) (3) bekezdése szerinti ellátás visszautasítására kerül sor, az egészségügyi szolgáltató keresetet indít a beleegyezés bírósági pótlása iránt.

A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

(3) A kezelőorvos a (2) bekezdésben foglalt kötelezettsége teljesítése érdekében – szükség esetén – igénybe veheti a rendőrhatalóság közreműködését.

(4) A (2) bekezdésben meghatározott nyilatkozat pótlására irányuló eljárás során a bíróság nem peres eljárásban soron kívül jár el. Az eljárás tárgyi költségmentes. Ha e törvényből, illetve az eljárás nem peres jellegéből más nem következik, a bírósági eljárásban a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény szabályait kell megfelelően alkalmazni.

22.§) (1) A cselekvőképes személy – későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére – közokiratban visszautasíthat

- a) a 20.§) (1) bekezdése szerinti egyes vizsgálatokat, beavatkozásokat,
- b) a 20.§) (3) bekezdése szerinti beavatkozásokat, valamint
- c) egyes életfenntartó, életmentő beavatkozásokat, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmait megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők.

(2) A cselekvőképes személy – cselekvőképtelensége esetére – közokiratban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki az (1) bekezdés szerinti jogát helyette gyakorolhatja.

(3) Az (1)–(2) bekezdés szerinti nyilatkozat abban az esetben érvényes, ha pszichiáter szakorvos – egy hónapnál nem régebbi – szakvéleményben igazolja, hogy a személy döntését annak lehetséges következményei tudatában hozta meg. A nyilatkozatot két évente meg kell újítani, és azt a beteg bármikor – cselekvőképességére, illetve alaki kötöttségre tekintet nélkül – visszavonhatja.

(4) A (2) bekezdés szerinti cselekvőképes személy beavatkozást visszautasító nyilatkozata esetén a 20.§) (4) bekezdése szerinti bizottság nyilatkozik, hogy

- a) az (1) bekezdésben foglalt feltételek fennállnak, továbbá
- b) a (2) bekezdés szerinti személy döntését annak következményei tudatában hozta meg.

23.§) (1) A 20.§) (3) bekezdése szerinti beavatkozás megszüntetésére, illetve mellőzésére csak abban az esetben kerülhet sor, ha a beteg erre irányuló akarata világosan és meggyőző módon kideríthető. Kétség esetén a beteg később tett, személyes nyilatkozatát kell figyelembe venni; ennek hiányában az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezését vélelmezni kell.

(2) A beteget, illetve a 22.§) (2) bekezdés szerinti személyt az ellátás visszautasítása során nem szabad semmilyen eszközzel döntésének megváltoztatására kényszeríteni. A beteg a 20.§) (3) bekezdése szerinti beavatkozás visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére irányuló ellátásra.

Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

24.§) (1) A beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait, illetve joga van ahhoz, hogy a 135.§)-ban foglaltak figyelembevételével - egészségügyi adatairól tájékoztatást kérjen.

(2) Az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik.

(3) A beteg jogosult

- a) a gyógykezeléssel összefüggő adatainak kezeléséről tájékoztatást kapni,
- b) a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni,
- c) az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról saját költségére másolatot kapni,
- d) az egészségügyi intézményből történő elbocsátásakor zárójelentést (137.§)) kapni,
- e) egészségügyi adatairól indokolt célra – saját költségére – összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt kapni.

(4) A beteg jogosult az általa pontatlannak vagy hiányosnak vélt – rá vonatkozó – egészségügyi dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezni, amelyet a kezelőorvos, illetve más adatkezelő a dokumentációra saját szakmai véleményének feltüntetésével jegyez rá. A hibás egészségügyi adatot az adatfelvételt követően törölni nem lehet, azt úgy kell kijavítani, hogy az eredetileg felvett adat megállapítható legyen.

(5) Amennyiben a betegről készült egészségügyi dokumentáció más személy magántitok- védelméhez való jogát érintő adatokat is tartalmaz, annak csak a betegre vonatkozó része tekintetében gyakorolható a betekintési, illetve a (3) bekezdésben említett egyéb jogosultság.

(6) Cselekvőképtelen személy dokumentációjába való betekintési jog a 16.§) (1)–(2) bekezdései szerinti személyt illeti meg.

(7) A beteg jogosult az adott betegségével kapcsolatos egészségügyi ellátásának ideje alatt az általa meghatározott személyt írásban felhatalmazni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba való betekintésre, illetve arra, hogy azokról másolatot készíttessen.

(8) A beteg egészségügyi ellátásának befejezését követően csak a beteg által adott teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban felhatalmazott személy jogosult az egészségügyi dokumentációba való betekintésre, és arról másolat készítésére.

(9) A beteg halála esetén törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról – saját költségére – másolatot kapni.

(10) Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének és védelmének részletes szabályait külön törvény állapítja meg.

Az orvosi titoktartáshoz való jog

25.§) (1) A beteg jogosult arra, hogy az egészségügyi ellátásában részt vevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait (a továbbiakban: orvosi titok) csak az arra jogosulttal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék.

(2) A betegnek joga van arról nyilatkozni, hogy betegségéről, annak várható kimeneteléről kiknek adható felvilágosítás, illetve kiket zár ki egészségügyi adatainak részleges vagy teljes megismeréséből.

(3) Az érintett beteg egészségügyi adatait annak hozzájárulása hiányában is közölni kell, amennyiben ezt

- a) törvény elrendeli,
- b) mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi.

(4) Az érintett beteg hozzájárulása nélkül a beteg további ápolását, gondozását végző személlyel közölni lehet azokat az egészségügyi adatokat, amelyek ismeretének hiánya a beteg egészségi állapotának károsodásához vezethet.

(5) A betegnek joga van ahhoz, hogy vizsgálata és gyógykezelése során csak azok a személyek legyenek jelen, akiknek részvétele az ellátásban szükséges, illetve azok, akiknek jelenlétéhez a beteg hozzájárult, kivéve, ha törvény másként nem rendelkezik.

(6) A betegnek joga van ahhoz, hogy vizsgálatára és kezelésére olyan körülmények között kerüljön sor, hogy azt beleegyezése nélkül mások ne láthassák, illetve ne hallhassák, kivéve, ha a sürgős szükség és a veszélyeztető állapot esetén ez elkerülhetetlen.

(7) A betegnek joga van megnevezni azt a személyt, akit fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő elhelyezéséről, egészségi állapotának alakulásáról értesíthetnek, illetve joga van bármely személyt ebből kizárni.

A beteg által megnevezett személyt a fekvőbeteg-gyógyintézet köteles értesíteni a beteg elhelyezéséről és annak megváltoztatásáról, valamint egészségi állapotának jelentős mértékű változásáról.

A beteg kötelezettségei

26.§) (1) A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és intézményi rendet.

(2) A beteg – amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi – köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint együttműködni:

a) tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,

b) tájékoztatni őket – saját betegségével összefüggésben – mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,

c) a népjóléti miniszter rendeletében foglalt fertőző betegségek esetén megnevezni azon személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphatta, illetve akiket megfertőzhetett,

d) tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról,

e) a gyógykezelésével kapcsolatban tőlük kapott rendelkezéseket betartani,

f) az egészségügyi intézmény házirendjét betartani,

g) a jogszabály által előírt térítési díjat megfizetni,

h) jogszabályban előírt személyes adatait hitelt érdemlően igazolni.

27.§) (1) A beteg és hozzátartozói jogaik gyakorlása során kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait.

(2) A beteg és hozzátartozói jogainak gyakorlása nem sértheti az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait.

(3) A betegjogok gyakorlásának módját – e törvény keretei között – az intézmény házirendje szabályozza.

A beteg jogainak érvényesítése

28.§) Az egészségügyi szolgáltató köteles a beteget – egészségi állapotától függően – a felvételekor, illetőleg az ellátás előtt tájékoztatni a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről, illetve az intézmény házirendjéről.

E rendelkezés megfelelően alkalmazandó az önrendelkezési jog gyakorlására jogosult egyéb személy vonatkozásában is.

A beteg panaszainak kivizsgálása

29.§) (1) A beteg jogosult az egészségügyi ellátással kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatónál, illetve fenntartójánál panaszt tenni.

(2) Az egészségügyi szolgáltató, illetve a fenntartó köteles a panaszt kivizsgálni, és ennek eredményéről a beteget 10 munkanapon belül írásban tájékoztatni. A panaszjog gyakorlása nem érinti a betegnek azon jogát, hogy a külön jogszabályokban meghatározottak szerint – a panasz kivizsgálása érdekében – más szervekhez forduljon. Erre a körülményre a szolgáltató köteles a beteg figyelmét felhívni.

(3) A panasz kivizsgálásának részletes szabályait az egészségügyi szolgáltató belső szabályzatban rögzíti.

(4) A panaszokat nyilván kell tartani és a panasszal, illetve annak kivizsgálásával összefüggő iratokat 5 évig meg kell őrizni.

A betegjogi képviselő

30.§) (1) A betegjogi képviselő a (2)–(5) bekezdésekben foglaltaknak megfelelően ellátja a betegek e törvényben meghatározott jogainak védelmét, és segíti őket e jogaik megismerésében és érvényesítésében.

(2) A betegjogi képviselő tevékenysége különösen az alábbiakat foglalja magában:

a) segíti a beteget az egészségügyi dokumentációhoz való hozzájutásban, azzal kapcsolatos megjegyzések, kérdések feltételében,

b) segít a betegnek panasza megfogalmazásában, kezdeményezheti annak kivizsgálását,

c) a beteg írásbeli meghatalmazása alapján panaszt tehet az egészségügyi intézmény vezetőjénél, fenntartójánál, illetve – a beteg gyógykezelésével összefüggő ügyekben – eljár az arra illetékes hatóságnál, és ennek során képviseli a beteget,

d) rendszeresen tájékoztatja az egészségügyi dolgozókat a betegjogokra vonatkozó szabályokról, azok változásáról, illetve a betegjogok érvényesüléséről az egészségügyi intézményben.

(3) A betegjogi képviselő egyedi ügyekben kizárólag a betegtől kapott meghatalmazás keretei között járhat el.

(4) A betegjogi képviselő a tevékenysége során az egészségügyi szolgáltató működésével kapcsolatban észlelt jogsértő gyakorlatra és egyéb hiányosságokra köteles felhívni a szolgáltató vezetőjének, illetve fenntartójának a figyelmét, és azok megszüntetésére javaslatot tesz. A felhívás eredménytelensége esetén a betegjogi képviselő jogosult az illetékes szervhez, illetve személyhez fordulni.

(5) A betegjogi képviselő kiemelten kezeli az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, egészségi állapotuk, illetve társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők betegjogi védelmét.

31.§) (1) A betegjogi képviselő - az ellátás zavartalanságát nem veszélyeztetve - illetékességi körében jogosult:

- a) az egészségügyi szolgáltató működési területére belépni,
- b) a vonatkozó iratokba betekinteni,
- c) az egészségügyben dolgozókhoz kérdést intézni.

(2) A betegjogi képviselő köteles a betegre vonatkozó orvosi titkot megtartani, és a beteg személyes adatait a vonatkozó jogszabályok szerint kezelni.

32.§) (1) A betegjogi képviselő az ÁNTSZ megyei (fővárosi) intézetének szervezeti keretei között működik.

(2) A betegjogi képviselő nem állhat azzal az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban, amely az általa képviselendő betegek részére egészségügyi szolgáltatást nyújt.

33.§) (1) Az egészségügyi szolgáltató biztosítja, hogy a betegek és hozzátartozóik a betegjogok képviseletét ellátó személy(ek) kilétét és elérésük módját megismerhessék.

(2) Az egészségügyi szolgáltató vezetője 10 munkanapon belül, a fenntartó 30 munkanapon belül – ha a fenntartó önkormányzati képviselő-testület vagy közgyűlés, a soron következő testületi ülésen – érdemben megvizsgálja a betegjogi képviselő észrevételeit és azzal kapcsolatos állásfoglalásáról őt tájékoztatja.

A közvetítői tanács

34.§) (1) A beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli megoldására a felek együttesen kezdeményezhetik a jogvita közvetítői eljárás keretében történő rendezését.

(2) A közvetítői tanács összetételét, a közvetítői eljárás rendjét külön törvény szabályozza.

BETEGJOGI TÁJÉKOZTATÓ

Tájékoztatjuk Önt, hogy az intézetünkben történő tartózkodása időtartamára vonatkozó jogokat és kötelezettségeket az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény részletesen szabályozza. Intézményünkben a törvény által biztosított jogokat és kötelezettségeket az alábbiak szerint gyakorolhatja:

Kórházunkban történő tartózkodása során az Ön számára biztosított jogokat csak a gyógyintézetünkben meglévő feltételeknek megfelelően, betegtársai, valamint az egészségügyi dolgozók jogainak tiszteletben tartásával, a betegellátás zavartalanságának biztosításával és a Házirendben leírtak szerint gyakorolhatja. E szabályzat rendelkezései – értelemszerűen – a járó betegekre és a fekvő betegekre egyaránt vonatkoznak.

1. Intézményünk a társadalombiztosítási ellátás keretében meghatározott, szakmailag indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzá férhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátást csak akkor tud térítésmentesen biztosítani, ha rendelkezésünkre bocsátja TAJ-számát. Sürgősség esetén azonban az életmentő, illetve a maradandó egészségkárosodás megelőzését szolgáló ellátást akkor is biztosítjuk, ha TAJ-számát nem tudja bemutatni, vagy nincs egészségbiztosítása. Jogszabályban meghatározott körben az ellátás térítésköteles, ilyen pl. ha beutalóhoz kötött ellátást beutaló nélkül kíván igénybe venni. Ekkor Önnek előre kell a térítés díját megfizetni. A pénztár a befizetett összegről számlát köteles kiállítani.
2. Ön köteles személyi adatait hitelt érdemlően igazolni, ha a kórházba felvételre jelentkezik, továbbá a kórházi elhelyezéshez aláírásával hozzá kell járulnia.
3. Intézetünkben Önnek joga van kezelőorvosát megválasztani, amennyiben ezzel a választott orvosa is egyetért és az osztály főorvosa az Ön választását szakmailag jóváhagyja.
4. Kórházi felvétele alkalmával Önnek jogszabályban foglalt kötelessége tájékoztatni kezelőorvosát és közvetlen környezetét mindenről, amivel mások testi épségét veszélyeztetheti. Különösen fontos az esetleg fennálló fertőző betegségek (pl. tbc, fertőző májgyulladás) bejelentése, és azon személyek megnevezése, akiktől a fertőző betegséget megkaphatta.

Saját érdekében segítse kezelőorvosát és ápolóit azzal, hogy tájékoztatást ad az egészségügyi állapotát érintő valamennyi körülményről, így a korábbi betegségeiről, gyógy- kezeléseiről, előzőekben szedett gyógyszereiről, gyógyszerérzékenységről, szenvedélybetegségeiről. Fontos tudni azt is, hogy korábban tett-e Ön egészségi állapotát vagy gyógykezelését érintő jognyilatkozatot.

5. Kezelőorvosa köteles Önt tájékoztatni egészségi állapotáról, kezelésének várható lefolyásáról még annak megkezdése előtt. Közölnie kell, hogy milyen beavatkozást tervez és annak melyek a várható következményei. Felvilágosítást kell kapnia a kezelési alternatívákról, és minden kockázatról, amely a beavatkozással együtt járhat, továbbá arról is, hogy milyen következményei lehetnek a tervezett vizsgálatok, kezelések elmaradásának, ha azok elvégzésébe Ön nem egyezik bele. Amennyiben a megállapított diagnózissal, a javasolt terápiával, vagy az egészségi állapotát érintő bármely kérdéssel kapcsolatban Önnek kételyei vetődnek fel, kezdeményezheti más orvos által történő vizsgálatát is. Erre vonatkozó igényét az osztályvezető főorvosnak vagy az orvos-igazgatónak kell bejelentenie. Amennyiben a tervezett kezeléssel vagy vizsgálati tervvel kapcsolatban ellenvetése van, Ön jogosult a megajánlott kezelést, beavatkozást vagy tervezett vizsgálatot visszautasítani. Ezt azonban csak saját kezűleg megírt nyilatkozatban, hiteles közokiratban teheti meg. Ebben az esetben az Ön nyilatkozatát a kezelőorvos rögzíti a kórlapban, és tanúk hitelesítik aláírásukkal a nyilatkozat tartalmát.
6. Ha Ön valamely egészségügyi tevékenység, beavatkozás ellen nem tiltakozik, e viselkedése szóbeli beleegyezésnek, illetve ráutaló magatartásnak tekinthető, hogy írásbeli megerősítés nem szükséges. Ön a szóban vagy írásban adott beleegyezését, bármikor visszavonhatja, még akkor is, ha pl. már a műtőasztalon fekszik. Ilyen esetben számítnia kell arra, hogy az elmaradt beavatkozás előkészítéséhez szükséges többletköltséget az egészségbiztosító nem fogja megtéríteni és ezt a költséget a kórház kénytelen lesz önre, hárítani.
7. Önnek joga van egészségi állapotáról és a kórházban Önnel kapcsolatban történő valamennyi tevékenységről információt kérni, az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációkba betekinteni. Önnek joga van meghatározni azt, hogy kíván-e egészségi állapotáról részletes tájékoztatást kapni, továbbá, hogy adható-e hozzátartozóinak vagy ismerősei közül valakinek tájékoztatás az Ön állapotáról.

8. Az orvos és az orvosi tevékenységnél közreműködők titoktartásra kötelezettek. A beteg egészségi állapotáról tájékoztatást csak a kezelőorvos, ügyeletes orvos, osztályvezető főorvos és helyettese adhatnak a közvetlen hozzátartozóknak vagy az Ön által megjelölt személyeknek. Az Ön vizsgálata és gyógykezelése során csak azon személyek lehetnek jelen a helyiségben, akiknek részvétele az ellátáshoz feltétlenül szükséges. Az Önnel kapcsolatos tennivalókat kórházunk személyzete úgy köteles végezni, hogy az Önre vonatkozó információkat mások ne láthassák, illetve ne hallhassák, kivéve, ha azt sürgősség vagy veszélyeztetett állapot teszi indokolttá. A kórházból történt távozása után csak teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban vagy közokiratban felhatalmazott személy jogosult az Ön dokumentációjába betekinteni, vagy arról másolatot kérni. A kórházban fekvő betegről telefonon tájékoztatás nem adható, csak a kórházi tartózkodás ténye közölhető (külön kérésre még erről sem ad felvilágosítást az intézmény).
9. Azonban hozzájárulása nélkül is kötelességünk tájékoztatást adni az Ön otthoni ápolását, gondozását végző személynek azokról az adatokról, amelyek ismeretének hiánya az Ön egészségi állapotának károsodásához, vagy mások testi épségének, egészségének veszélyeztetéséhez vezet.
10. Önnek bent fekvése során vagy azt megelőzően joga van írásban nyilatkozni arról, hogy szakmailag indokolt ellátást, különösen az életmentő beavatkozások ellátását visszautasítja. Ezt a jogát azonban csak abban az esetben gyakorolhatja, ha olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – gyógyíthatatlan és halálhoz vezet. E nyilatkozatát csak bizonyító erejű közokiratban teheti meg. Azonban nincs szükség az Ön beleegyezésére, ha azok elmaradása mások – illetve az Ön 24. hetet betöltött magzatát is – egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, illetve ha Ön és/vagy kiskorú gyermeke közvetlen életveszélyben van. Ez arra az esetre is vonatkozik, ha az Ön vallása a beavatkozás elvégzését tiltja. Nem utasíthatja vissza az életmentő beavatkozást, ha várandós anya és előreláthatóan képes a gyermek kihordására.
11. Egészségi állapotától függően Önnek joga van otthonába távozáskor mentőszállításra. Ennek indoklását a fekvőbeteg osztály vezetője bírálja el.
12. A betegek és hozzátartozók az egészségügyi ellátással kapcsolatos észrevételeikkel, kérdéseikkel, kéréseikkel, panaszaikkal az osztály dolgozóihoz, az osztályvezető főorvoshoz, az ügyeletes orvoshoz fordulhatnak.

IV. Kérjük, panaszuk előadásakor törekedjenek arra, hogy az elmondottakat bizonyítékokkal is alá lehessen támasztani. Etikai vétség gyanúja esetén panasszal írásban az Etikai Bizottság elnökéhez lehet fordulni.

1. Célkitűzés

- a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezetében „a beteg jogai és kötelességei”-ben foglaltak,
- az egészségügyi szolgáltatónak infórában lévő minden kórházban, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezetében „a beteg jogai és kötelességei”-ben foglaltak,
- az egészségügyi szolgáltatónak infórában lévő minden kórházban, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezetében „a beteg jogai és kötelességei”-ben foglaltak,

2. Az eljárás alapvető elvei

- A panaszgyűjtés célja a beteg jogainak védelme, a beteg jogainak érvényesítése és a panaszos jogainak érvényesítése érdekében.
- Az egészségügyi szolgáltatónak infórában lévő minden kórházban, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezetében „a beteg jogai és kötelességei”-ben foglaltak,
- A panaszgyűjtés célja a beteg jogainak védelme, a beteg jogainak érvényesítése és a panaszos jogainak érvényesítése érdekében.
- A panaszgyűjtés célja a beteg jogainak védelme, a beteg jogainak érvényesítése és a panaszos jogainak érvényesítése érdekében.
- A panaszgyűjtés célja a beteg jogainak védelme, a beteg jogainak érvényesítése és a panaszos jogainak érvényesítése érdekében.

3. Az eljárás szabályai

- Az egészségügyi szolgáltatónak infórában lévő minden kórházban, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezetében „a beteg jogai és kötelességei”-ben foglaltak,
- Az egészségügyi szolgáltatónak infórában lévő minden kórházban, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezetében „a beteg jogai és kötelességei”-ben foglaltak,
- Az egészségügyi szolgáltatónak infórában lévő minden kórházban, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezetében „a beteg jogai és kötelességei”-ben foglaltak,

EGY EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ INTÉZMÉNY SZABÁLYZATA A PANASZÜGYEKKEL KAPCSOLATOS ELJÁRÁSOKRÓL

1. Cél biztosítani:

- a minél magasabb színvonalú egészségügyi szolgáltatást, az igénybe vevők elvárásainak a lehető legteljesebb kielégítését, az állampolgári és a betegjogok kifogástalan érvényesülését, különös tekintettel az 1997. évi CLIV. törvény II. Fejezetében „a betegek jogai és kötelezettségei”-ben foglaltakra,
- az egészségügyi szolgáltató intézményben folyó munka tökéletesítését, a minőségmenedzsment javítását, a betegek, hozzátartozók, a kórházi alkalmazottak és a kórház működésében érdekelt minden személy és szerv elégedettségét.

2. Az eljárás alapvető elvei:

- A panaszügyek eredményes elintézése minél gyorsabban, a lehető legegyszerűbben és a panaszos jogos igényeinek legteljesebb kielégítésével történjen.
- Az egészségügyi szolgáltató, illetve a fenntartó köteles a panaszt kivizsgálni és ennek eredményéről a beteget tíz munkanapon belül írásban tájékoztatni. A panaszjog gyakorlása nem érinti a betegnek azon jogát, hogy külön jogszabályozottak szerint más szervhez forduljon. Erre a körülményre az egészségügyi szolgáltató köteles a beteg figyelmét felhívni (CLIV. törvény 269.§. 2. bekezdés).
- A panaszügyben érdekeltéken kívül az ügy lehető legbizalmasabb kezelése.
- A panaszügyekből levonható tanulságok gyors és eredményes hasznosítása a kórház működésében. A panaszügyekből kifolyóan történt közérdekű változásokról, a szükséges tájékoztatás az érdekelték számára.

3. Az eljárás szabályai:

- Az egészségügyi szolgáltató azon dolgozói, aki közvetlenül a panaszossal kapcsolatban állnak, kötelesek röviden meghallgatni és személyesen, szóbeli eligazítás útján a panasz felvételére jogosulthoz irányítani a panaszost, a panaszügyben lelkiismeretesen, körültekintően a legteljesebb mértékben közreműködni.

- A panaszügy intézője köteles a 3.1. pont betartatásával és betartásával a szükségesnek tudott személyeket, szerveket, szakértőket stb. az eljárásba bevonni, az ügyet részleghajlás nélkül, igazságosan intézni.
- A panaszügyek intézésére köteles, illetve jogosultak köre:
 - panasz felvevője
 - panaszt kivizsgáló személy
 - panasz intézésére jogosult, illetve köteles személy
- A panasz felvételére, kivizsgálására és intézésére jogosult a kórház:
 - orvos-igazgató
 - orvos-igazgató helyettese
 - osztályvezető főorvos, és írásban megnevezett helyetteseik
 - osztályvezető főnővér, illetve műszakvezető nővérek
 - ügyeleti időben az ügyeletvezető főorvos
 - a főigazgató-főorvos által írásban erre felhatalmazott személy(ek)
- A felvett panaszt haladéktalanul rendes munkaidőben aznap, vagy legkésőbb másnap reggel a kórház titkárságára le kell adni.
- Ügyeleti időben haladéktalanul az ügyeletvezetőnek kell a panaszt továbbítani, aki az ügyeleti naplóba is bejegyezve a titkárságra leadja az iratot.
- Az igazgató jelöli ki a kivizsgálásra és intézkedésre az ügy jellegéből adódóan alkalmas személyeket (bizottságot), valamint jóváhagyja az intézkedési tervet. Az igazgató írásban helyettest jelöl ki, illetve távollétében általános helyettese jár el hatáskörébe.
- Az igazgató szükség esetén, illetve időszakonként írásbeli felhatalmazással, a panaszügyek intézésének ellenőrzésére alkalmas személyt/személyeket jelölhet ki.
- Külső szerv bevonására, értesítésére, fegyelmi eljárás indítására, a panaszügyet kivizsgáló személy javaslata alapján az igazgató döntése alapján kerülhet sor.
- A kórház jogtanácsosa, ügyvédje, az ügyek intézését állandó tanácsadással, szükség esetén intézkedéssel, illetve jogi eszközökkel segíti.

4. A panaszügyek értékelése:

- A panaszügyeket rendszeresen összesítik és értékelik, a jelentősebb ügyeket külön is értékelik. A panaszügyekkel kapcsolatos tanulságokat összefoglalják és szükséges intézkedési tervet, készítenek a hibák kiküszöbölésére, a működés javítására.

- A módosított működést, az intézkedések eredményét úgy szintén időszakonként felülvizsgálják.
- Az értékelést az igazgató által kijelölt bizottság végzi.

5. A panaszok ügykezelése:

- A panaszok felvételéről feljegyzést kell készíteni lehetőség szerint jegyzőkönyvi formának megfelelő alaki és tartalmi követelményeknek megfelelően, vagy az előre elkészített formanyomtatványon.
- Minden felvett panaszügyet az erre rendszeresített nyilvántartó könyvbe (iktatókönyvbe) be kell vezetni és nyilvántartási számmal kell ellátni.
- A lezárt ügyek irattározását az iratkezelői szabályzat szerint fokozott körültekintéssel kell kezelni, ezen iratokat öt évig meg kell őrizni. (CLIV. törvényv. 29.§ 4. bekezdés) a panaszügyek intézése, ügykezelése állandó ügyintézője a leíróiroda és az igazgatóság titkársága.
- A panaszügyekről készült összesítést és értékelést emlékeztetőformájában kell elkészíteni.
- A kórház panaszügyekkel kapcsolatos tevékenységéről éves beszámolót kell készíteni.

6. Záró rendelkezések:

- A panaszügyekkel kapcsolatos minden adatot (kórházi) titokként kell kezelni.
- A panaszügyekkel kapcsolatos fenti szabályok megsértése fegyelmi vétséget von maga után.

7. Hatálybalépés:

- A panaszügyekkel kapcsolatos eljárás 1999. szeptember 1-jén lép hatályba.

Egészségügyi szolgáltató igazgató sk.

2005. évi CLXXXI. törvény
egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról
Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása

1. § Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 11. §-a (2) bekezdésének első mondata helyébe a következő rendelkezés lép:

„A beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezése során jogosult más személyekkel akár írásban, akár szóban kapcsolatot tartani, továbbá látogatókat fogadni, valamint általa meghatározott személyeket a látogatásból kizárni.”

2. § Az Eütv. 29. §-a (2) bekezdésének első mondata helyébe a következő rendelkezés lép:

„Az egészségügyi szolgáltató, illetve a fenntartó köteles a panaszt kivizsgálni, és ennek eredményéről a beteget a lehető legrövidebb időn belül, de legfeljebb harminc munkanapon belül írásban tájékoztatni.”

3. § Az Eütv. 33. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) Az egészségügyi szolgáltató vezetője a külön jogszabályban meghatározott határidőn belül, a fenntartó harminc munkanapon belül érdemben megvizsgálja a betegjogi képviselő észrevételeit és azzal kapcsolatos állásfoglalásáról őt tájékoztatja.”

4. § Az Eütv. 58. §-a a következő (7) bekezdéssel egészül ki:

„(7) Ha a védőoltásra kötelezett személy a védőoltás adásával összefüggésben súlyos egészségkárosodást szenved, megrokkann vagy meghal, őt, illetve általa eltartott hozzátartozóját az állam kártalanítja.”

5. § Az Eütv. a 98. §-t követően a következő alcímmel és 98/A. §-sal egészül ki:

„Egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások

98/A. § A speciális ellátási igényű csoportok részére egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi miniszter külön jogszabályban foglalt működési engedéllyel rendelkező centrumokat jelöl ki, mely egészségügyi szolgáltatások működésének finanszírozására külön jogszabály rendelkezései irányadóak.”

6. § Az Eütv. 101. §-a az alábbi (2) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg a jelenlegi § számozása (1) bekezdésre változik:

„(2) Az orvostechikai eszközökről szóló külön jogszabály szerinti elsőfokú döntések ellen fellebbezésnek helye nincs, a döntés felülvizsgálata keresettel kérhető a bíróságtól.”

7. § Az Eütv. 103. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A pszichoterápia többféle módszeren alapuló, tudományosan megalapozott, a pszichés és pszichoszomatikus zavarok esetén alkalmazott, egyéni vagy csoportos formában, több meghatározott időtartamú terápiás ülésben történő, orvosi, pszichológusi vagy pszichoterápiás eljárások végzésére jogosító szakirányú végzettséggel végezhető terápiás eljárás.”

8. § Az Eütv. 112. §-a (6) bekezdésének b) pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

[Hivatalból értesíti a működési nyilvántartást vezető szervet]

„b) a 116. § (3) bekezdés szerint továbbképző helynek minősülő intézmény a (4) bekezdés c) pontja szerinti továbbképzések elvégzéséről, továbbá a 104. §-ban meghatározott nem-konvencionális eljárások körébe tartozó szakképesítés megszerzéséről,”

9. § Az Eütv. 149/A. §-a (3) bekezdésének d) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[A RET feladatai]

„d) a kapacitás-szabályozásban és a többletkapacitás befogadására irányuló eljárásban való külön jogszabály szerinti közreműködés”

10. § Az Eütv. 160. §-ának helyébe a következő rendelkezés lép:

„160. § Sürgős szükség esetén, ha a kutatás alanyának, vagy a 16. § (1)-(2) bekezdések szerinti személynek a beleegyezése nem szerezhető meg, kizárólag a sürgős szükségben nyújtott ellátásra vonatkozó, a kutatás alanyának egészségét várhatóan közvetlenül szolgáló és előzetesen engedélyezett kutatási terven alapuló kutatás végezhető, feltéve, hogy a kutatás hasonló eredményességgel a sürgős szükségben lévő személy kutatásba történő bevonása nélkül nem végezhető el.”

11. § Az Eütv. 165. §-a a következő új c)-d) pontokkal egészül ki:

[E fejezet alkalmazásában]

„c) egyedülállóvá vált nő: az a nő, akinek házastársi (élettársi) kapcsolata a reprodukciós eljárás megkezdését követően szűnt meg;

d) egyedülálló nő: az a nagykorú nő, aki a reprodukciós eljárás megkezdésekor nem áll házastársi, élettársi kapcsolatban.”

12. § Az Eütv. 167. §-a a következő új (4) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg a jelenlegi (4) bekezdés számozása (5) bekezdésre módosul:

„(4) Egyedülálló nő esetében a reprodukciós eljárás akkor végezhető el, amennyiben a nő életkora vagy egészségi állapota (meddőség) következtében gyermeket természetes úton nagy valószínűséggel nem vállalhat. A reprodukciós eljárás megkezdésére, a tájékoztatásra, a beleegyező nyilatkozatra e fejezet rendelkezései megfelelően irányadók.

A reprodukciós eljárás során testen kívül létrejött és be nem ültetett embrióval kapcsolatos, e fejezet szerinti rendelkezési jogot az egyedülálló nő gyakorolja azzal, hogy rendelkezési jogáról közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban lemondhat.”

13. § (1) Az Eütv. 168. §-ának (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(4) A reprodukciós eljárás csak a kérelmezők - tájékoztatásukat követően tett - együttes írásbeli beleegyező nyilatkozata alapján kezdhető meg, illetve - egyedülálló nő esetén - a kérelmező írásbeli beleegyező nyilatkozata esetén folytatható. A 171. § (4) bekezdés szerinti női ivarsejt-adományozás esetén a reprodukciós eljárás megkezdésének, illetve folytatásának feltétele az adományozó - a (6) bekezdés szerinti tájékoztatást követően tett - beleegyező nyilatkozata, illetőleg a 171. § (4) bekezdésében meghatározott együttes nyilatkozat.”

(2) Az Eütv. 168. §-a a következő új (6) bekezdéssel egészül ki:

„(6) A 171. § (4) bekezdésében meghatározott módon történő női ivarsejt-adományozás esetén a felajánlás és az adományozó nyilatkozat megtételét megelőzően a beavatkozást végző orvos, illetőleg orvoscsoport tagja, valamint egy, a beavatkozásban részt nem vevő orvos az adományozót szóban és írásban tájékoztatja a beavatkozást megelőzően az adományozót érintő kezelésekről, a beavatkozás jellegéről, kockázatairól, körülményeiről és az adományozásra vonatkozó jogszabályi rendelkezésekről. A tájékoztatásra az e törvényben foglalt általános szabályok is megfelelően irányadók.”

14. § Az Eütv. 171. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg a jelenlegi (4)-(7) bekezdés számozása (5)-(8) bekezdésre változik:

„(4) Reprodukciós eljárás céljából történő női ivarsejt-adományozás esetén a (2) bekezdés szerinti felajánlás történhet meghatározott recipiens számára történő felhasználásra is az alábbi feltételek együttes fennállása esetén:

a) az adományozó a recipiens

aa) közeli hozzátartozója vagy

ab) oldalági rokona vagy

ac) testvérének házastársa (élettársa) vagy

ad) házastársa (élettársa) közeli hozzátartozója az egyenesági rokon és a testvér kivételével vagy

ae) házastársa (élettársa) testvérének házastársa (élettársa),

aki megfelel a 171. § (1) bekezdésben foglaltaknak;

b) az adományozó kizárólag az adományozó nyilatkozatban meghatározott recipiens számára történő felhasználásra ajánl fel női ivarsejtet;

c) az adományozó nyilatkozat a (3) bekezdésben foglaltakon túl tartalmazza az adományozó írásbeli beleegyező nyilatkozatát, valamint az adományozó és a recipiens együttes személyes megjelenése során adott egybehangzó nyilatkozatát arról, hogy a felajánlás kifejezetten a recipiens számára történik, továbbá azt, hogy az adományozás ellenérték nélkül, valamint kényszerből, fenyegetéstől és megtévesztéstől mentesen történt. Az adományozó nyilatkozhat arról is, hogy a meghatározott recipiens számára fel nem használt női ivarsejtek személyazonosításra alkalmatlan módon felhasználhatók.”

15. § Az Eütv. 173. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) Az ivarsejtek rendelkezésre bocsátása során - a 171. § (4) bekezdésben meghatározott módon történő női ivarsejt-adományozás esetét kivéve - biztosítani kell, hogy az ugyanazon ivarsejt-adományozótól származó utódok száma különböző személyeknél elvégzett reprodukciós eljárások során se haladja meg a négyet. Egy reprodukciós eljáráshoz csak ugyanazon adományozó ivarsejtjei bocsáthatók rendelkezésre.”

16. § (1) Az Eütv. 188. §-ának a) pontja helyébe a következő szövegrész lép:

[E fejezet alkalmazásában]

„a) pszichiátriai intézet: minden olyan egészségügyi szolgáltatást vagy azt is nyújtó ellátóhely, amely pszichiátriai betegek pszichiátriai betegségükből eredő ellátását, továbbá felügyeletét, gondozását napi 24 órán át biztosítja, függetlenül az intézmény által nyújtott egyéb szolgáltatásoktól, fenntartójától és elnevezésétől, ideértve a külön jogszabály szerinti közösségi pszichiátriai ellátást nyújtó intézetet is. A 189-195. § tekintetében pszichiátriai intézetnek minősül a pszichiátriai betegek járóbeteg-szakellátását végző pszichiátriai intézmény, a pszichiátriai betegek otthona, valamint rehabilitációs intézete, ideértve az átmeneti intézményt is. A pszichiátriai betegek otthonára és rehabilitációs intézetére vonatkozó eltérő szabályokat külön jogszabály állapítja meg. Külön jogszabály tartalmazza a büntetőeljárás során elrendelt kényszergyógykezelést, ideiglenes kényszergyógykezelést és elmemegfigyelést végző szervre vonatkozó eltérő szabályokat;”

(2) Az Eütv. 188. §-a a következő d) ponttal egészül ki:

[E fejezet alkalmazásában]

„d) pszichiátriai beteg: az a beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel.”

17. § Az Eütv. 190. §-ának c) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[Minden pszichiátriai beteg jogosult arra, hogy]

„c) gyógykezelése során a 192. § (1) bekezdés szerinti korlátozó intézkedés alkalmazására feltétlenül indokolt esetben, csak veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartása esetén”

[kerüljön sor.]

18. § Az Eütv. 191. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A pszichiátriai beteg gyógykezeléshez való beleegyezésére az általános szabályok az irányadók [15-19. §]. A 196. § b) és c) pontja alapján kezelt beteg esetében addig, ameddig a beteg veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít, el lehet tekinteni a beteg beleegyezésétől az ezek elhárítását célzó korlátozások tekintetében, de a tájékoztatást ilyen esetben is a lehetőséghez képest meg kell kísérelni.”

19. § Az Eütv. 192. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) A korlátozás elrendelésének oka lehet az (1) bekezdésén túl, ha a 199. § (1) bekezdés szerinti sürgősségi, illetve a 199. § (5) bekezdés és a 200. § szerinti kötelező gyógykezelés alatt álló beteg engedély nélküli eltávozása másként nem akadályozható meg.”

20. § Az Eütv. 197. §-ának helyébe a következő rendelkezés lép:

„197. § (1) A gyógykezelés akkor tekinthető önkéntesnek, ha abba a cselekvőképes beteg a 15. § (5) bekezdés szerint a pszichiátriai intézetbe történő felvétele előtt beleegyezett.

(2) A korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg a (3)-(4) bekezdés kivételével a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy kérelmére vehető pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe.

(3) A korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg abban az esetben, ha a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy nyilatkozatának beszerzése kétsédelemmel járna, vagy felmerül annak a veszélye, hogy a beteg indokolt gyógykezelésében ellenérdekelt, kérheti az intézetbe történő ideiglenes felvételét akkor, ha a 199. § szerinti sürgősségi vagy 200. § szerinti kötelező gyógykezelés feltételei nem állnak fenn, de az intézeti gyógykezelés indokolt. Az ideiglenes felvétellel egyidejűleg az intézet haladéktalanul megkísérli a kapcsolatfelvételt a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személlyel. Abban az esetben, ha ez sikertelen, vagy a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy nem járul hozzá a beteg indokolt gyógykezeléséhez, az intézet haladéktalanul értesíti a gyámhatóságot a beteg intézeti felvételéről és annak körülményeiről.

(4) A (3) bekezdés esetében a felvétel akkor tekinthető véglegesnek, ha a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy a felvételhez megadja utólagos jóváhagyását, vagy a bíróság megállapítja a (3) bekezdés alapján történő gyógykezelés indokoltságát. A végleges felvételig elsősorban a beteg állapotromlásának megakadályozására kell törekedni.

(5) A bíróság az intézeti gyógykezelés indokoltságát és a beleegyezés érvényességét

a) az (1) bekezdés szerinti esetben a beteg, illetve a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy kérelmére,

b) a (2)-(3) bekezdés szerinti esetben hivatalból vizsgálja.

(6) A pszichiátriai intézet vezetője az (5) bekezdés a) pontja szerinti kérelmet haladéktalanul továbbítja a bíróságnak, az (5) bekezdés b) pontja szerinti esetben pedig a felvételtől haladéktalanul értesíti a bíróságot.

(7) A bíróság az értesítés beérkezésétől számított 72 órán belül megvizsgálja, hogy az önkéntes gyógykezelés feltételei fennállnak-e. A bíróság a határozathozatal előtt meghallgatja a beteget, az intézet vezetőjét vagy az általa kijelölt orvost, valamint beszerzi független - a beteg gyógykezelésében részt nem vevő - igazságügyi elmeorvos szakértő véleményét.

(8) A (6)-(7) bekezdésekben meghatározott eljárás során, amennyiben a gyógykezelés nem indokolt, a bíróság elrendeli a beteg elbocsátását. Ebben az esetben a beteget a bíróság jogerős határozatának közlésétől számított 24 órán belül el kell bocsátani az intézetből. Az önkéntes gyógykezelés alapjául szolgáló beleegyező nyilatkozat, illetve kérelem érvénytelensége esetén - amennyiben annak az e törvényben meghatározott feltételei fennállnak - a bíróság elrendeli a beteg kötelező intézeti gyógykezelését.

(9) A cselekvőképese beteget kérelmére, a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképese beteget - a (3) bekezdésben foglalt eset kivételével - a gyógykezelésbe vételét kérő személy kérelmére az intézetből el kell bocsátani.

(10) A (3) bekezdésben foglalt ideiglenes felvétel esetén annak (4) bekezdés szerinti véglegessé válásáig a beteget a saját vagy a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy kérelmére el kell bocsátani, kivéve ha az ideiglenes felvétellel egyidejűleg indult gyámhatósági eljárás eredményeként más intézkedés szükséges. A (4) bekezdés szerinti végleges felvételt követően a beteget a 16. § (1)-(2) bekezdésben meghatározott személy kérelmére el kell bocsátani, kivéve ha az ideiglenes felvétellel egyidejűleg indult gyámhatósági eljárás eredményeként más intézkedés szükséges.

(11) Az önkéntesen, illetőleg a (3) bekezdés szerint ideiglenesen felvett beteg nem bocsátható el, ha a gyógykezelés során veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és emiatt fennáll az intézeti gyógykezelés szükségessége. Ekkor a 199. §-ban szabályozott eljárást kell lefolytatni.”

21. § (1) Az Eütv. 199. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) Ha a pszichiátriai beteg közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai intézetbe szállításáról. A beteg beszállításánál szükség esetén a rendőrség közreműködik.”

(2) Az Eütv. 199. §-ának (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(4) A határozat meghozataláig elsősorban a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás megszüntetésére kell törekedni. A szakmailag lehetséges mértékben és módon kerülni kell az olyan beavatkozások elvégzését, amelyek lehetetlenné teszik, hogy a bíróság a személyes meghallgatás során a beteg aktuális pszichés állapotát megítélje. Amennyiben erre mégis sor kerül, azt részletesen dokumentálni és indokolni kell.”

22. § Az Eütv. 200. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A bíróság annak a pszichiátriai betegnek a kötelező intézeti gyógykezelését rendeli el, aki veszélyeztető magatartást tanúsít, de sürgősségi gyógykezelése nem indokolt.”

23. § Az Eütv. 206. §-ának (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(5) Csontvelő, illetve haemopoetikus őssejt vagy más regenerálódó szövet eltávolítására kivételesen korlátozottan cselekvőképese, illetve cselekvőképtelen személy testéből is sor kerülhet, az alábbi feltételek együttes fennállása esetén:

- a) nem áll rendelkezésre megfelelő cselekvőképese donor;
- b) a recipiens a donor testvére;
- c) az adományozás valószínűsíthetően életmentő a recipiens számára;
- d) a törvényes képviselő beleegyezését a kórházi etikai bizottság jóváhagyta;

e) a kórházi etikai bizottság a d) pont szerinti döntésének meghozatala előtt a korlátozottan cselekvőképes, illetve cselekvőképtelen személyt - amennyiben azt egészségi állapota vagy életkora nem zárja ki - meghallgatta és meggyőződött arról, hogy a beavatkozásnak kényszerből, fenyegetéstől, megfélemlítéstől mentesen veti alá magát.”

24. § Az Eütv. 215. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) Azt a beteget, akinél szerv- vagy szövetátültetés orvosilag indokolt, és megfelel a külön jogszabályban foglalt feltételeknek, fel kell venni a szerv-, illetve szövetátültetésre vezetett országos várólistára. A felvételt a szerv- vagy szövetátültetés indikációját felállító egészségügyi szolgáltató kezdeményezi.”

25. § (1) Az Eütv. 247. §-a (1) bekezdése a következő h) ponttal egészül ki:

[Felhatalmazást kap a Kormány, hogy]

„h) a nem-konvencionális eljárásokra vonatkozó szabályokat”

[rendeletben megállapítsa.]

(2) Az Eütv. 247. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg a jelenlegi (4)-(5) bekezdések számozása (5)-(6) bekezdésre változik:

„(4) Felhatalmazást kap az egészségügyi miniszter, hogy a nem-konvencionális tevékenységeket, az egyes tevékenységek végzésére jogosult személyek körét, valamint e tevékenységek végzésével, a képesítés megszerzésével összefüggő szakmai szabályokat rendeletben állapítsa meg.”

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény módosítása

26. § Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 2. §-ának a) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[E törvény hatálya kiterjed]

„a) minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző szervezetre és természetes személyre, továbbá az irányított betegellátás szervezését végző szervezetre (a továbbiakban: egészségügyi ellátóhálózat), valamint minden olyan jogi személyre, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetre és természetes személyre, amely vagy aki egészségügyi és személyazonosító adatot kezel (a továbbiakban: egyéb adatkezelő szerv),”

27. § (1) Az Eüak. 3. §-ának i) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
[E törvény alkalmazásában]

„i) adatkezelő: a betegellátó, az intézményvezető, az adatvédelmi felelős, továbbá közegészségügyi-járványügyi közérdekből az 5. § (3) bekezdése szerinti tisztiorvos, illetve közegészségügyi felügyelő, valamint az n) pont szerinti ellátásszervező, továbbá a 22. § szerinti esetekben az ott meghatározottak szerint, az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, valamint ezek igazgatási szervei (a továbbiakban együtt: társadalombiztosítási igazgatási szervek) és az egészségügyi adatok nélkül, a 3. § b) pontjában meghatározott személyazonosító adat tekintetében - az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény 5. § (1) bekezdés e) pontjában meghatározott feladatellátása érdekében - az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (a továbbiakban: ÁNTSZ).”

(2) Az Eüak. 3. §-a az alábbi n) ponttal egészül ki:

„n) ellátásszervező: az irányított betegellátás szervezésére vállalkozó egészségügyi szolgáltató.”

28. § (1) Az Eüak. 4. §-a (1) bekezdésének a)-b) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
[Az egészségügyi és személyazonosító adat kezelésének célja:]

„a) az egészség megőrzésének, javításának, fenntartásának előmozdítása,
b) a betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése, ideértve a szakfelügyeleti tevékenységet is,”

(2) Az Eüak. 4. §-a (1) bekezdésének d) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
[Az egészségügyi és személyazonosító adat kezelésének célja:]

„d) a népegészségügyi [16. §], közegészségügyi és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele.”

29. § (1) Az Eüak. 5. §-ának (1) bekezdése a következő d) ponttal egészül ki:
[Az egészségügyi ellátó hálózaton belül az egészségügyi és személyazonosító adat kezelésére - amennyiben e törvény másként nem rendelkezik - jogosult]

„d) az ellátásszervező adatelemzéssel megbízott alkalmazottja.”

(2) Az Eüak. 5. §-ának (2) bekezdése a következő g) ponttal egészül ki:
[Az egészségügyi és személyazonosító adatot - az e törvényben előírt feltételek fennállása esetén -]

„g) a területi védőnői ellátást nyújtó egészségügyi szolgálat feladatkörébe tartozó esetben a védőnő, a külön jogszabályban meghatározott esetben az iskola-védőnő”

[továbbíthat.]

30. § (1) Az Eüak. 15. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) Az 1. számú mellékletben nem szereplő fertőző, illetve az 1. számú melléklet B) pontjában felsorolt betegségek előfordulása esetén a betegellátó személyazonosító adatok nélkül csak az egészségügyi adatokat jelentheti az ÁNTSZ - (1) bekezdés szerint illetékes - intézetének. Az ÁNTSZ városi intézete közegészségügyi vagy járványügyi közérdekre hivatkozva - az anonim szűrővizsgálat keretében vizsgált HIV fertőzött és AIDS beteg kivételével - kérheti az érintett személyazonosító adatait.”

(2) Az Eüak. 15. §-a (7) bekezdésének a)-h) pontjai helyébe a következő rendelkezés lép:
[Amennyiben az érintett az alábbi betegségek valamelyikében szenved vagy a betegség gyanúja merül föl, és fertőződése házi- vagy haszonállattal történt kontaktus révén jöhetett létre, az ÁNTSZ (1) bekezdés szerinti intézete haladéktalanul továbbítja az érintett személyazonosító és egészségügyi adatait az érintett lakóhelye (tartózkodási helye) szerint illetékes állat-egészségügyi és élelmiszer-ellenőrző állomás részére a szükséges járványügyi intézkedések megtétele céljából:]

- „a) anthrax (lépfene) (A22)
- b) brucellosis (A23)
- c) lyssa (veszettség) (A82)
- d) lyssa fertőzésre gyanús sérülés (Z203)
- e) madárinfluenza
- f) malleus (takonykór) (A240)
- g) trichinellosis (B75)
- h) tuberkulózis (A15-A19)
- i) tularaemia (A21).”

31. § Az Eüak. a 15. §-át követően a következő alcímmel egészül ki, és a 16. § helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„Népegészségügyi célból történő adatkezelés

„16. § (1) Amennyiben az érintett újszülött vagy csecsemő a Betegségek Nemzetközi Osztályozása szerinti valamely veleszületett rendellenességben szenved (Q00-Q99), a 4. § (1) bekezdés b)-c) pontjai és a (2) bekezdés b) pontja szerinti célból a kezelést végző orvos az érintett személyazonosító és egészségügyi adatait, valamint törvényes képviselője nevét és lakcímét továbbítja a külön jogszabály szerint vezetett Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása részére.

(2) Amennyiben a magzatnál olyan elváltozást észlelnek, amely veleszületett rendellenességet eredményezhet, az (1) bekezdés szerint kell eljárni azzal, hogy az érintett személyazonosító adatait a várandós nő adatait kell érteni.

(3) A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartását vezető szerv az (1) bekezdés szerint hozzá beérkezett adatok alapján a veleszületett fejlődési rendellenességek okainak feltárása céljából, azok megelőzése érdekében elkészített kérdőívet megküldi a gondozást végző területi védőnő számára, aki azt a törvényes képviselő önkéntes tájékoztatása alapján kitölti, és visszaküldi a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása részére.

(4) Spontán vagy indukált magzati halálozás, illetve halvaszületés esetén a (3) bekezdés szerinti kérdőívet a kezelőorvos tölti ki.

(5) A 4. § (1) bekezdés b)-c) pontjai és a 4. § (2) bekezdés b) pontja szerinti célból daganatos eredetű betegség észlelése esetén a betegellátó továbbítja az érintett egészségügyi és személyazonosító adatait a külön jogszabály szerint vezetett Nemzeti Rákregiszternek.”

32. § Az Eüak. a 22. §-t követően a következő alcímmel és az azt követő 22/A-22/D. §-okkal egészül ki:

„Az ellátásszervező adatkezelése

22/A. § (1) Az ellátásszervező a 22/B. § (1) bekezdésben meghatározott célból jogosult a 22/B. § (2)-(3) bekezdése szerinti adatok kezelésére.

22/B. § (1) Az ellátásszervező az alábbi célokból jogosult az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelésére:

- a) a betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése;
- b) az ellátásszervező tevékenységével érintett lakosság egészségi állapotának nyomon követése és javítása;
- c) epidemiológiai vizsgálat elemzése;
- d) az egészségügyi ellátás tervezése, szervezése és a költségek tervezése;
- e) statisztikai vizsgálat;
- f) az ellátásszervező szakmai vagy törvényességi felügyeletét végző szervezetek munkájának elősegítése, ha az ellenőrzés célja más módon nem érhető el.

(2) Az ellátásszervező a következő személyazonosító adatokat kezelheti: TAJ szám, nem, születési idő, az elhalálozás időpontja.

(3) Az ellátásszervező az egészségügyi adatok közül az irányított betegellátási rendszerbe bevont, alábbi ellátási formákhoz kapcsolódó adatokat kezeli (TAJ tételes elszámolású természetbeni ellátás igénybevételi adatok):

- a) háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás (az eseti ellátás kivételével),
- b) fogászati ellátás,
- c) gondozóintézeti gondozás,
- d) betegszállítás orvosi rendelvényre,
- e) járóbeteg-szakellátás,
- f) fekvőbeteg-szakellátás (aktív, krónikus),
- g) CT, MRI,
- h) művesekezelés,
- i) házi szakápolás,
- j) gyógyszerátogatás (kivéve: speciális beszerzésű gyógyszerkiadás),
- k) gyógyászati segédeszköz támogatás,
- l) gyógyászati ellátás.

(4) Az ellátásszervező részére a (2)-(3) bekezdés szerinti adatokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adja át. Az ellátásszervező részére történő adattovábbítás lehetőségéről az érintettet tájékoztatni kell. E tájékoztatásnak ki kell terjednie az adattovábbításra vonatkozó tiltakozás lehetőségére is.

(5) Amennyiben az ellátásszervező tevékenységével érintett betegre vonatkozó adat kiadását a beteget vagy az egészségügyi szolgáltatót érintő közigazgatási, szabálysértési, ügyészégi, bírósági eljárás vagy az érintett nem egészségügyi intézményben történő elhelyezése, munkavégzésre való alkalmasságának megállapítása, egyéb alkalmasság megállapítása céljából kéri, úgy az ellátásszervező az adatokat közvetlenül nem adhatja ki, hanem az adatkiadást kérő az adatok elsődleges felvételét végző egészségügyi szolgáltatóhoz irányítja.

(6) Az ellátásszervezőnek az érintetteket levélben kell tájékoztatni az ellátásszervező adatkezeléséről, az adatkezelésre vonatkozó lényeges szabályokról, és formanyomtatványon lehetőséget kell biztosítani, hogy nyilatkozhasson, amennyiben nem járul hozzá az adatai kezeléséhez.

22/C. § (1) A 22/B. § (2)-(3) bekezdés szerinti adatot az ellátásszervező adatelemzéssel megbízott alkalmazottja kezeli.

(2) A beteg kérésére az ellátásszervező az érintettől nyilvántartott egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatokról tájékoztatást ad, illetve a dokumentációba betekintést biztosít, továbbá kérelemre - a kérelmező költségére - másolatot köteles készíteni.

(3) Az ellátásszervező az egészségügyi és személyes adatokat az egészségügyi dokumentációra irányadó szabályok szerint köteles nyilvántartani és megsemmisíteni. Az ellátásszervező jogutód nélküli megszűnése esetén a nála keletkezett és nyilvántartott adatokat közjegyzői letétben 5 év időtartamra elhelyezi. 5 év elteltét követően a letétbe helyezett adatokat meg kell semmisíteni.

(4) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató az ellátásszervezői tevékenységet is ellátja, az e tevékenységhez kapcsolódó egészségügyi és személyazonosító adatot az egészségügyi szolgáltató által nyilvántartott egyéb adattól elkülönítetten kezeli.

22/D. § (1) Az ellátásszervező köteles külön adatvédelmi felelőst kinevezni, aki

a) közreműködik, illetőleg segítséget nyújt az adatkezeléssel összefüggő döntések meghozatalában, valamint az érintettek jogainak biztosításában;

b) ellenőrzi az adatkezelésre vonatkozó más jogszabályok, valamint a belső adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzat rendelkezéseinek és az adatbiztonsági követelményeknek a megtartását;

c) elkészíti az ellátásszervező belső adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatot;

d) vezeti a belső adatvédelmi nyilvántartást;

e) gondoskodik az adatvédelmi ismeretek oktatásáról.

(2) Az adatvédelmi felelős kijelölésére a 32. § (4) bekezdés a)-c) pontja szerinti szabályok irányadók.”

33. § (1) Az Eüak. 22. §-a (1) bekezdésének felvezető mondata helyébe a következő rendelkezés lép:

„A társadalombiztosítási igazgatási szervek részére abban az esetben továbbítható egészségügyi és személyazonosító adat, amennyiben”

(2) Az Eüak. 22. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki:

„(4) Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár részére akkor is továbbítható egészségügyi és személyazonosító adat, amennyiben ez az egészségügyi ellátás tervezésének, szervezésének elősegítése érdekében - a 4. § (2) bekezdésének b) pontja szerinti feladatok ellátásához szükséges mértékben - indokolt. Az egészségügyi és személyazonosító adatokat ebben az esetben kizárólag az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatelemzéssel megbízott dolgozója kezelheti.”

34. § Az Eüak. 30. §-a a következő (8) bekezdéssel egészül ki:

„(8) Az adatmegőrzés érdekében folyamatosan biztosítani kell, hogy az adathordozó az adott technikai feltételek mellett olvasható maradjon, vagy olvasható állapotba kerüljön.”

35. § (1) Az Eüak. 1. számú mellékletének A) pontja az alábbi 70. ponttal egészül ki:

„70. madárinfluenza”

(2) Az Eüak. 3. számú mellékletének C) pontja az alábbi 19. ponttal egészül ki:

„19. Madárinfluenza”

A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosítása

36. § A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény (a továbbiakban: Nvt.) 2. §-a (2) bekezdésének a)-c) pontja helyébe a következő rendelkezés lép, e bekezdés a következő d)-e) ponttal egészül ki, egyidejűleg a jelenlegi d)-e) pont f)-g) pontra változik:

[Nem jelölhető ki dohányzóhely]

„a) egészségügyi alapellátást, illetőleg járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak, illetve egészségügyi szolgáltató ezen ellátásokat nyújtó részlegének, valamint gyógyszerártnak a betegforgalom számára nyitva álló helyiségeiben, továbbá jellemzően gyermekek fekvőbeteg-szakellátását végző egészségügyi szolgáltatók épületeiben;

b) óvodákban;

c) a b) pont hatálya alá nem tartozó közoktatási intézménynek a tanulók által is használt helyiségeiben;

d) gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményben;

e) a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények közösségi helyiségeiben;”

37. § Az Nvt. 4. §-ának (7) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, és e § a következő (8)-(9) bekezdéssel egészül ki:

„(7) Az iskolaszék, a kollégiumi szék, az intézményi szék és az általános művelődési központi szék - a 2. § (2) bekezdésének c) pontjától eltérően - az intézményt nemdohányzó intézménnyé nyilváníthatja. Ebben az esetben az intézmény területén dohányzóhely nem jelölhető ki. A nemdohányzó intézménnyé minősítés tényét jól látható és egyértelmű felirat és jelzés alkalmazásával az intézménynek a közforgalom számára nyitvaálló bejáratánál, valamint a közforgalom által rendszeresen igénybe vett valamennyi helyiségében fel kell tüntetni.

(8) A 2. § (2) bekezdésének a) pontja szerinti esetben az (1) bekezdés megfelelően alkalmazandó azzal, hogy helyiségen kívüli dohányzóhely nem zárt légtérben is csak úgy jelölhető ki, ha a dohányzóhely az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők szokásos vagy szükségszerű útvonalától megfelelően elkülönül.

(9) Az (1)-(8) bekezdésben, valamint a 4/A. §-ban meghatározott feltételek biztosításáról a közforgalmú intézmény belső szabályzatában meghatározott személy, a rendezvény szervezője, a tömegközlekedési eszköz üzembentartója, a közoktatási intézmény vezetője, illetőleg a munkáltató gondoskodik.”

38. § Az Nvt. a következő 4/A. §-sal egészül ki:

„4/A. § (1) A munkáltató a munkahelyet - külön telephely esetén telephelyenként - a (2)-(3) bekezdésben foglaltak szerint nemdohányzó munkahellyé nyilváníthatja. Ebben az esetben a munkáltató kizárólagos rendelkezése alatt álló létesítményekben, illetve helyiségekben dohányzóhelyet kijelölni nem lehet. A nemdohányzó munkahellyé minősítés tényét jól látható és egyértelmű felirat vagy jelzés alkalmazásával, a munkahelynek a személyforgalom számára nyitva álló valamennyi bejáratánál, valamint a nem kizárólag a munkavállalók által igénybe vett valamennyi helyiségben vagy az ezekhez vezető közlekedőfolyosókon - valamennyi igénybevevő által jól látható módon - fel kell tüntetni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti, nemdohányzó munkahellyé nyilvánításról szóló döntés

a) kollektív szerződéssel rendelkező munkáltatónál a kollektív szerződésben,

b) az a) pont hatálya alá nem tartozó munkáltatónál a munkavállalók kezdeményezésére vagy ezek egyetértésével hozható meg.

(3) A munkavállalók részéről a (2) bekezdés b) pontja szerinti kezdeményezésre jogosult a kollektív szerződés megkötésére jogosult szakszervezet, ennek hiányában a munkáltatónál - telephelyen történő munkavégzés esetén az adott telephelyen - a megállapodás megkötésekor foglalkoztatott munkavállalók legalább 50%-a. A munkáltató kezdeményezése esetén a munkavállalói egyetértésre a kezdeményezési jog szabályai irányadóak. A munkavállalók kezdeményezését a munkáltató köteles figyelembe venni. Ebben az esetben a munkahelyet, illetve telephelyet 30 napon belül nemdohányzóvá kell nyilvánítani.

(4) Azon munkahelyek esetében, ahol dohányzóhely kijelölése a 2. § (2) bekezdése alapján tilos, illetve ahol dohányzóhely kijelölése a 2. § (3) bekezdése alapján nem kötelező, az (1)-(3) bekezdés nem alkalmazható. Az (1) bekezdés szerint nemdohányzóvá nyilvánított munkahelyen a (2)-(3) bekezdés szerinti szabályok megfelelő alkalmazásával lehet dohányzóhely kijelölését kezdeményezni.”

39. § Az Nvt. 6. §-a a következő (6) bekezdéssel egészül ki:

„(6) Dohánytermék árusítása automatából nem megengedett.”

40. § (1) Az Nvt. 7. §-a (4) bekezdésének a)-b) pontja helyébe a következő rendelkezések lépnek:

[Az egészségvédelmi bírság összege]

„a) a dohányzással összefüggő tilalmak, korlátozások megsértése esetén legalább 20 000, legfeljebb 50 000 Ft;

b) a dohányzóhelyek kijelölésére vonatkozó kötelezettség nem vagy nem megfelelő teljesítése, valamint a dohányzást, illetőleg a dohánytermékek forgalmazását érintő tilalmak, korlátozások megtartására vonatkozó ellenőrzési kötelezettség elmulasztása esetén

ba) legalább 100 000 Ft, legfeljebb 250 000 Ft az ezen kötelezettségek betartásáért felelős személy tekintetében, illetve

bb) legalább 1 000 000, legfeljebb 2 500 000 Ft az intézmény, szervezet, üzemeltető vagy gazdasági társaság tekintetében.”

(2) Az Nvt. 7. §-ának (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(5) A kiszabott egészségvédelmi bírság összegét úgy kell meghatározni, hogy az igazodjék a cselekmény súlyához és az elkövető személyi körülményeihez. Az eljáró hatóság a (4) bekezdés a) pontja szerinti esetben - az ott meghatározott összeghatártól eltérően - a törvénysértőt 20 000 Ft-ig terjedő helyszínen kiszabott egészségvédelmi bírsággal sújthatja. A helyszínen kiszabott bírság 30 napon belül történő meg nem fizetése esetén a (4) bekezdést kell alkalmazni.”

(3) Az Nvt. 7. §-ának (9) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(9) A jogerős határozattal megállapított egészségvédelmi bírságot, valamint a dohánytermékek forgalmazásával összefüggő, e törvényben foglalt tilalmat, korlátozást megszegővel szemben jogerősen alkalmazott fogyasztóvédelmi bírság összegének 50%-át, valamint helyszíni bírságot az ÁNTSZ számára nyitott számlára kell befizetni. A számlára befizetett bírság összegének 30%-át az ÁNTSZ az Egészségügyi Minisztérium költségvetési fejezete számára nyitott számlára utalja. Az ÁNTSZ az általa felhasználható bírság összegének 75%-át kizárólag egészségfejlesztési célra, így különösen dohányzásmegelőzésre, illetve dohányzásról leszoktató programok támogatására használhatja fel. Az egészségügyi, illetve az oktatási intézményekre kiszabott bírságokból befolyt összeget az egészségügyi, illetve az oktatási intézmények dohányzásmegelőző, illetve a dohányzásról leszoktató programjainak támogatására kell felhasználni. A fennmaradó összeg egészségmegőrzési célokra, illetőleg az egészségügyi ellátás színvonalát fejlesztő szakmai programok támogatására, a közegészségügyi hatósági felügyelet fejlesztésére, a hatósági munka támogatására, különösen a népegészségügyi program prioritásainak figyelembevételével használható fel. A bírságok kirovásáról, behajtásáról és felhasználásáról az országos tisztifőorvos nyilvántartást vezet, amelynek összefoglaló adatairól évente írásban tájékoztatja az egészségügyi minisztert.”

(4) Az Nvt. 7. §-ának (11) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(11) E törvény alkalmazása során a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvényt kell alkalmazni.”

Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény módosítása

41. § Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (a továbbiakban: Gytv.)

1. §-ának 21. és 22. pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[E törvény alkalmazásában:]

„21. Gyógyszerkönyv: a gyógyszerkészítés, a gyógyszerminőség, a gyógyszerellenőrzés és a gyógyszerminősítés általános szabályait, valamint az egyes gyógyszerek minőségét és összetételét tartalmazó külön jogszabály szerinti szerv által kiadott, illetve módosított, a gyógyszergyártókra, forgalmazókra, orvosokra és gyógyszerészekre kötelező hivatalos kiadvány;

22. Vényminta Gyűjtemény (Fo-No): a magisztrális gyógyszerkészítés szabályait, valamint az egyes gyógyszerek minőségét és összetételét tartalmazó külön jogszabály szerinti szerv által kiadott, illetve módosított, a gyógyszergyártókra, forgalmazókra, orvosokra és gyógyszerészekre kötelező hivatalos kiadvány;”

42. § A Gytv. 5. §-ának (8) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(8) A forgalomba hozatali engedély jogosultja az eljárásért és a forgalomba hozatali engedély kiadásáért a külön jogszabályban meghatározottak szerinti igazgatásszolgáltatási díjat, a forgalomba hozatali engedély fenntartásáért évente a külön jogszabály szerinti fenntartási díjat köteles fizetni. A fenntartási díjat - megfizetésének elmulasztása esetén - adók módjára kell behajtani.”

43. § (1) A Gytv. 32. §-a (5) bekezdésének m) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
[(5) Felhatalmazást kap az egészségügyi miniszter, hogy]

„m) a Gyógyszerkönyvnek és a Vényminta Gyűjteménynek a gyógyszergyártók, a forgalmazók, az orvosok és a gyógyszerészek általi alkalmazásának elrendelését,”

[rendeletben szabályozza.]

(2) A Gytv. 32. §-a a következő (6) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg a jelenlegi (6)-(8) bekezdések számozása (7)-(9) bekezdésre változik:

„(6) Felhatalmazást kap az egészségügyi miniszter, hogy a pénzügyminiszterrel egyetértésben a gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyének fenntartásáért fizetendő díjakat rendeletben szabályozza.”

Záró rendelkezések

44. § (1) Ez a törvény - a (2) bekezdésben foglalt kivétellel - 2006. január 1-jén lép hatályba, egyidejűleg az Eüak. 18. §-a és 24. §-ának (2) bekezdése a hatályát veszti.

(2) E törvény 11-12. §-a 2006. július 1-jén lép hatályba, egyidejűleg az Eütv. 167. § (2) bekezdésében, a 168. § (1) és (4) bekezdésében és a 178. § (4) bekezdésében az „egyedülálló” szövegrész helyébe az „egyedülállóvá vált” szövegrész lép. E törvény 36-40. §-a, valamint a (3) bekezdés e)-f) pontja, továbbá a (6) bekezdés 2006. szeptember 1-jén lép hatályba azzal, hogy az ezt megelőző időszakban elkövetett jogszabálysértések tekintetében - az e törvény 40. §-ának (1)-(2) bekezdésében megállapított bírságmértéktől eltérően - legfeljebb az elkövetéskor hatályos rendelkezések szerinti legmagasabb mértékű bírság szabható ki.

(3) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg

a) az Eütv. 15. §-ának (5) bekezdésében az „invazív beavatkozásokhoz” szövegrész helyébe az „invazív beavatkozásokhoz és a 197. § szerinti önkéntes gyógykezelésbe vételhez” szövegrész,

b) az Eütv. 104. §-ának (1) bekezdésében a „természetgyógyászati” szövegrész helyébe az „életminőségjavító” szövegrész,

c) az Eütv. 104. §-ának (2) bekezdésében a „meghatározott esetekben helyettesítő eljárások.” szövegrész helyébe a „helyettesítő, továbbá életmódjavító eljárások.” szövegrész,

d) az Eütv. 198. §-ának (1) bekezdésében az „(1)-(2) bekezdése” szövegrész helyébe az „(1)-(4) bekezdése” szövegrész,

e) az Nvt. 4. §-ának (3) bekezdésében a „2. § (2) bekezdés d) pontjában” szövegrész helyébe a „2. § (2) bekezdés f) pontjában” szövegrész,

f) az Nvt. 7. §-ának (2) bekezdésében a „4. § (7) bekezdésében” szövegrész helyébe a „4. § (9) bekezdésében” szövegrész,

g) a Gytv. 32. §-ának az e törvény 37. §-ának (2) bekezdésével átszámozott (8) és (9) bekezdésében a „(6) bekezdés” szövegrész helyébe „(7) bekezdés” szövegrész lép.

(4) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg az Eüak.

a) 7. §-ának (3) és (7) bekezdésében, valamint 32. §-a (2) bekezdésének e) pontjában „az orvosi dokumentációba” szövegrész helyébe „az egészségügyi dokumentációba” szövegrész,

b) 10. §-ának (1) bekezdésében

ba) az „A 4. § (1) bekezdése” szövegrész helyébe az „A 4. § (1)-(3) bekezdése” szövegrész,

bb) „a gyógykezelés, közegészségügyi-járványügyi intézkedések” szövegrész helyébe az „a gyógykezelés, a népegészségügyi, közegészségügyi-járványügyi intézkedések” szövegrész,

c) 19. §-ának (1) bekezdésében az „az Egészségügyi Minisztérium irányítása alá tartozó országos szervek és intézetek - saját szakterületükön -” szövegrész helyébe az „az Egészségügyi Minisztérium és az irányítása alá tartozó országos szervek és intézetek, továbbá az ÁNTSZ intézetei - saját szakterületükön -” szövegrész,

d) 20. §-ának (3) bekezdésében a „személyi azonosítóját.” szövegrész helyébe a „személyi azonosító adatait.” szövegrész,

e) 28. §-ának (3) bekezdésében az „az egyéb betegellátó által felvett - a gyógykezelés vagy a közegészségügy-járványügy szempontjából jelentős - egészségügyi adatokról, valamint a saját tevékenységéről” szövegrész helyébe az „az egyéb betegellátó által felvett egészségügyi adatokról, valamint az azzal összefüggő saját tevékenységéről” szövegrész,

f) 1. számú melléklete A) pontja 68. pontjában a „nosocomialis véráram fertőzés (nosocomialis sepsis)” szövegrész helyébe a „nosocomialis fertőzés” szövegrész lép.

(5) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvény mellékletének A) Jegyzéke az alábbi szövegrésszel egészül ki:

[Hivatalos elnevezés (illetve más név vagy rövidítés, illetve külföldön gyakran használt más írásmód)]	Kémiai név]
„mCPP (meta-klorofenilpiperazin)	meta-chlorophenylpiperazine vagy [1-(3-chlorophenyl)piperazine]”

(6) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 38. §-ának (1)-(2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) Azokon a munkahelyeken, ahol az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés dohányzási tilalom elrendelését teszi szükségessé, külön dohányzóhelyet kell kijelölni, kivéve, ha a munkáltató a munkahelyet külön törvény szerint nemdohányzó munkahellyé nyilvánította.

(2) A nemdohányzók védelme érdekében - az (1) bekezdésben foglaltakat nem érintve - gondoskodni kell dohányzóhelyek, dohányzóhelyiségek kijelöléséről, illetőleg a zárt légtérű dohányzóhelyeken a folyamatos légcserét biztosító megfelelő műszaki megoldásról. Zárt légtérű, a munkáltató által több munkavállaló egyidejű munkavégzésének helyéül kijelölt, ennek hiányában rendeltetésénél fogva több munkavállaló egyidejű munkavégzésének lehetőségét biztosító munkahelyeken - a dohányzás számára kijelölt hely kivételével - nem szabad dohányozni.”

(7) Ezen törvény 4. §-ával megállapított, az Eütv. 58. § (7) bekezdésében foglaltakat a 2005. október 30-át követően beadott kötelező védőoltások esetén is alkalmazni kell.

